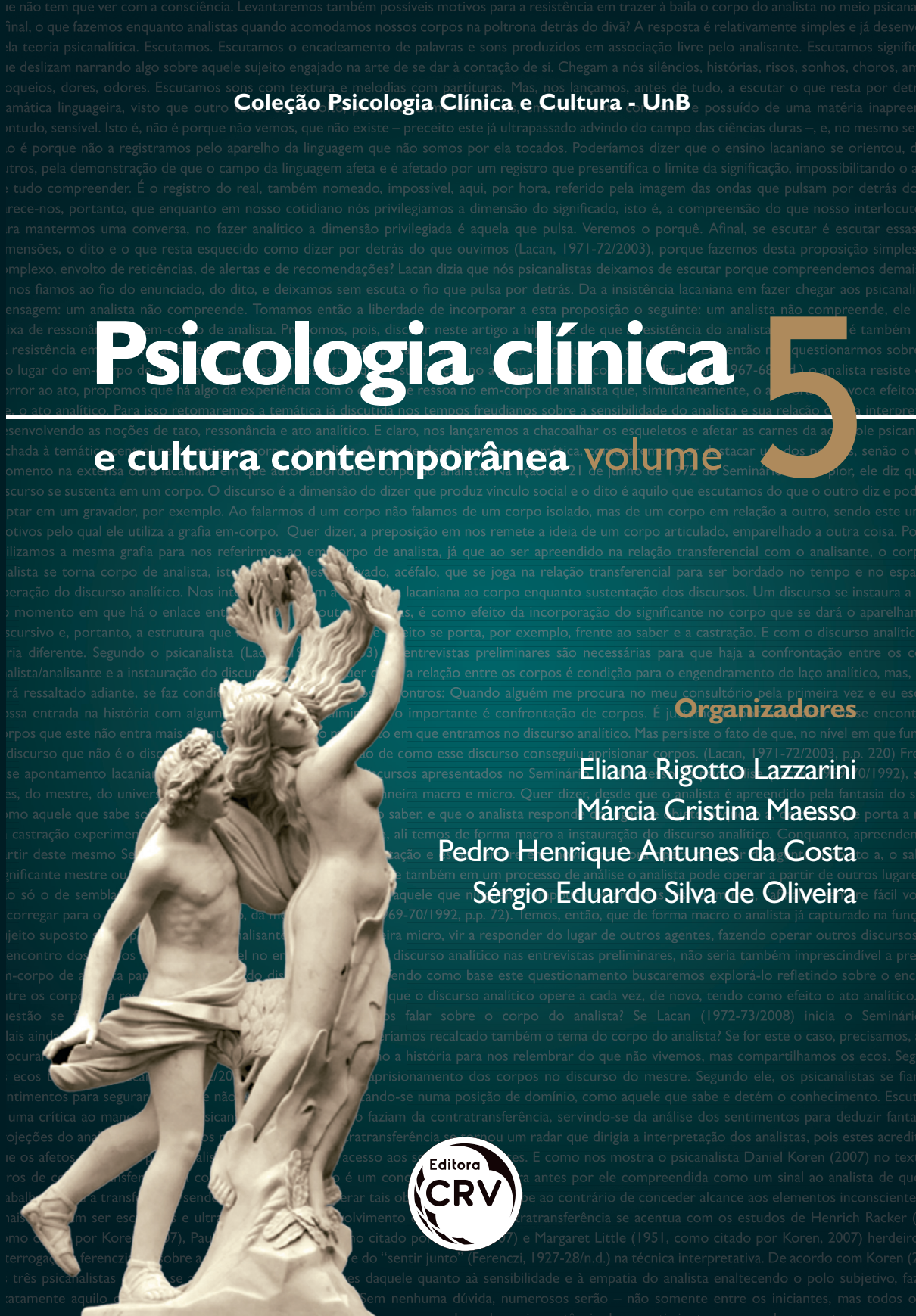




**Coleção Psicologia Clínica e Cultura - UnB**

# Psicologia clínica

## e cultura contemporânea

### volume 5

**Organizadores**

**Eliana Rigotto Lazzarini**

**Márcia Cristina Maesso**

**Pedro Henrique Antunes da Costa**

**Sérgio Eduardo Silva de Oliveira**







Eliana Rigotto Lazzarini  
Márcia Cristina Maesso  
Pedro Henrique Antunes da Costa  
Sérgio Eduardo Silva de Oliveira  
(Organizadores)

# PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA CONTEMPORÂNEA

Coleção Psicologia Clínica e Cultura – UnB  
Volume 5

Editora CRV  
Curitiba – Brasil  
2020

Copyright © da Editora CRV Ltda.  
**Editor-chefe:** Railson Moura  
**Diagramação e Capa:** Designers da Editora CRV  
**Revisão:** Analista de Escrita e Artes

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)  
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Bibliotecária responsável: Luzenira Alves dos Santos CRB9/1506

---

P974

Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea / Eliana Rigotto Lazzarini, Márcia Cristina Maesso, Pedro Henrique Antunes da Costa, Sérgio Eduardo Silva de Oliveira (organizadores). – Curitiba : CRV, 2020.  
566 p. (Coleção Psicologia Clínica e Cultura – UnB, volume 5)

Bibliografia

ISBN Digital 978-65-5868-900-3

ISBN Físico 978-65-5868-899-0

DOI 10.24824/978655868899.0

1. Psicologia 2. Psicologia clínica 3. Cultura I. Lazzarini, Eliana Rigotto, org. II. Maesso, Márcia Cristina, org. III. Costa, Pedro Henrique Antunes da, org. IV. Oliveira, Sérgio Eduardo Silva de, org. V. Título VI. Psicologia Clínica e Cultura – UnB, volume 5

CDU 15

CDD 150

---

Índice para catálogo sistemático

1. Psicologia 150

ESTA OBRA TAMBÉM ENCONTRA-SE DISPONÍVEL

EM FORMATO DIGITAL.

CONHEÇA E BAIXE NOSSO APLICATIVO!



2020

Foi feito o depósito legal conf. Lei 10.994 de 14/12/2004

Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização da Editora CRV

Todos os direitos desta edição reservados pela: Editora CRV

Tel.: (41) 3039-6418 - E-mail: [sac@editoracrv.com.br](mailto:sac@editoracrv.com.br)

Conheça os nossos lançamentos: [www.editoracrv.com.br](http://www.editoracrv.com.br)

## Conselho Editorial:

Aldira Guimarães Duarte Domínguez (UNB)  
Andréia da Silva Quintanilha Sousa (UNIR/UFRN)  
Anselmo Alencar Colares (UFOPA)  
Antônio Pereira Gaio Júnior (UFRRJ)  
Carlos Alberto Vilar Estêvão (UMINHO – PT)  
Carlos Federico Domínguez Avila (Unieuro)  
Carmen Tereza Velanga (UNIR)  
Celso Conti (UFSCar)  
Cesar Gerónimo Tello (Univer .Nacional  
Três de Febrero – Argentina)  
Eduardo Fernandes Barbosa (UFMG)  
Elíone Maria Nogueira Diogenes (UFAL)  
Elizeu Clementino de Souza (UNEB)  
Élsio José Corá (UFS)  
Fernando Antônio Gonçalves Alcoforado (IPB)  
Francisco Carlos Duarte (PUC-PR)  
Gloria Fariñas León (Universidade  
de La Havana – Cuba)  
Guillermo Arias Beatón (Universidade  
de La Havana – Cuba)  
Helmuth Krüger (UCP)  
Jailson Alves dos Santos (UFRJ)  
João Adalberto Campato Junior (UNESP)  
Josania Portela (UFPI)  
Leonel Severo Rocha (UNISINOS)  
Lidia de Oliveira Xavier (UNIEURO)  
Lourdes Helena da Silva (UFV)  
Marcelo Paixão (UFRJ e UTexas – US)  
Maria Cristina dos Santos Bezerra (UFSCar)  
Maria de Lourdes Pinto de Almeida (UNOESC)  
Maria Lília Imbiriba Sousa Colares (UFOPA)  
Paulo Romualdo Hernandes (UNIFAL-MG)  
Renato Francisco dos Santos Paula (UFG)  
Rodrigo Pratte-Santos (UFES)  
Sérgio Nunes de Jesus (IFRO)  
Simone Rodrigues Pinto (UNB)  
Solange Helena Ximenes-Rocha (UFOPA)  
Sydione Santos (UEPG)  
Tadeu Oliver Gonçalves (UFPA)  
Tania Suely Azevedo Brasileiro (UFOPA)

## Comitê Científico:

Andrea Vieira Zanella (UFSC)  
Christiane Carrijo Eckhardt Mouammar (UNESP)  
Edna Lúcia Tinoco Ponciano (UERJ)  
Edson Olivari de Castro (UNESP)  
Érico Bruno Viana Campos (UNESP)  
Fauston Negreiros (UFPI)  
Francisco Nilton Gomes Oliveira (UFMS)  
Helmuth Krüger (UCP)  
Ilana Mountian (Manchester Metropolitan  
University, MMU, Grã-Bretanha)  
Jacqueline de Oliveira Moreira (PUC-SP)  
Marcelo Porto (UEG)  
Marcia Alves Tassinari (USU)  
Maria Alves de Toledo Bruns (FFCLRP)  
Mariana Lopez Teixeira (UFSC)  
Monilly Ramos Araujo Melo (UFCG)  
Olga Ceciliato Mattioli (ASSIS/UNESP)  
Regina Célia Faria Amaro Giora (MACKENZIE)  
Virginia Kastrup (UFRJ)

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas *ad hoc*.



# SUMÁRIO

|                |    |
|----------------|----|
| PREFÁCIO ..... | 13 |
|----------------|----|

*Ana Maria Loffredo*

## SEÇÃO 1 – ASPECTOS TEÓRICOS, METODOLÓGICOS E PRÁTICOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| O EM-CORPO DE ANALISTA..... | 23 |
|-----------------------------|----|

*Rafaela Brandão Alves*

*Daniela Scheinkman Chatelard*

*Jean-Michel Vivès*

### O CORPO ESTRANHO DE NÓS MESMOS:

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| um ensaio sobre a arte, a sensação e a clínica psicanalítica ..... | 39 |
|--------------------------------------------------------------------|----|

*Katia Tarouquella Brasil*

### A CONSTITUIÇÃO DO DELÍRIO E A CRIAÇÃO POÉTICA:

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| considerações psicanalíticas sobre a linguagem nas psicoses ..... | 55 |
|-------------------------------------------------------------------|----|

*Ana Giulia de Araújo Conte*

*Márcia Cristina Maesso*

### ENSAIO SOBRE A INQUIETANTE

|                          |    |
|--------------------------|----|
| RÊVERIE EM ANÁLISE ..... | 73 |
|--------------------------|----|

*Ana Clara de Oliveira Alves*

*Victor de Jesus Santos Costa*

*Deise Matos do Amparo*

### CONCEPÇÃO DE PARADIGMA NO PENSAMENTO

### COMPLEXO DE EDGAR MORIN E O CAMPO DE

### CONHECIMENTO DA PSICOLOGIA ENQUANTO

|                          |    |
|--------------------------|----|
| ESPAÇO DE DISPERSÃO..... | 91 |
|--------------------------|----|

*Renato Bastos João*

*Jorge Ponciano Ribeiro*



|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| SRI AUROBINDO E O ENCONTRO COM O<br>DIVINO: uma leitura etnopsicológica..... | 109 |
| <i>Luiz Felipe Castelo Branco da Silva</i>                                   |     |
| <i>Maurício S. Neubern</i>                                                   |     |

|                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| REPERCUSSÕES TEÓRICO-PRÁTICAS DO PROBLEMA<br>CORPO-MENTE NO TRATAMENTO DAS PESSOAS<br>SUBMETIDAS À MEDIDA DE SEGURANÇA..... | 125 |
| <i>Jacqueline Reis Demes</i>                                                                                                |     |
| <i>Luiz Augusto Monnerat Celes</i>                                                                                          |     |
| <i>Ileno Izídio da Costa</i>                                                                                                |     |
| <i>Felipe Diniz Marques</i>                                                                                                 |     |

|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| APLICAÇÃO CLÍNICA DOS MODELOS<br>CATEGÓRICO, HÍBRIDO E ESTRUTURAL<br>DE DIAGNÓSTICO DA PERSONALIDADE ..... | 143 |
| <i>Sérgio Eduardo Silva de Oliveira</i>                                                                    |     |
| <i>Denise Ruschel Bandeira</i>                                                                             |     |

|                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVOS<br>EM PSICOLOGIA CLÍNICA:<br>fundamentos, conceitos e aplicações..... | 165 |
| <i>Fabio Iglesias</i>                                                                                |     |
| <i>Felipe Valentini</i>                                                                              |     |

|                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ESCALA MITOS, CRENÇAS E ATITUDES SOBRE<br>O SUICÍDIO: construção e evidências de validade..... | 185 |
| <i>Juliany Gonçalves Guimarães</i>                                                             |     |
| <i>Marcelo Tavares</i>                                                                         |     |
| <i>Eliane Maria Fleury Seidl</i>                                                               |     |

## SEÇÃO 2 – A REALIDADE BRASILEIRA EM QUESTÃO: contribuições da psicologia

|                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|
| PANDEMIA, QUESTÃO SOCIAL E AS<br>IMPLICAÇÕES À PSICOLOGIA BRASILEIRA ..... | 207 |
| <i>Pedro Henrique Antunes da Costa</i>                                     |     |
| <i>Kíssila Teixeira Mendes</i>                                             |     |

|                                                                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| UMA LEITURA PSICANALÍTICA SOBRE OS EFEITOS<br>PSICOSSOCIAIS EM UMA PANDEMIA NO BRASIL .....                                                     | 225 |
| <i>Alvinan Magno Lopes Catão</i>                                                                                                                |     |
| <i>Ana Luiza Henriques Samarcos</i>                                                                                                             |     |
| <i>Carlos Alexandre Araújo Benício da Costa e Silva</i>                                                                                         |     |
| <i>Claudia Rodrigues Pádua Salgado Beato</i>                                                                                                    |     |
| <i>Eliana Rigotto Lazzarini</i>                                                                                                                 |     |
| ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E SAÚDE MENTAL<br>NO CONTEXTO DA CRISE SANITÁRIA DA COVID-19:<br>o caso da Universidade de Brasília – UnB.....       | 243 |
| <i>Maria Hosana Conceição</i>                                                                                                                   |     |
| <i>Anamélia Lorenzetti Bocca</i>                                                                                                                |     |
| <i>Larissa Polejack Brambatti</i>                                                                                                               |     |
| <i>Laydiane Jales da Silva</i>                                                                                                                  |     |
| <i>Ligia Cantarino</i>                                                                                                                          |     |
| <i>Iléo Izídio da Costa</i>                                                                                                                     |     |
| DONAS DE CASA: a (in)compreensão social .....                                                                                                   | 261 |
| <i>Luciana da Silva Santos</i>                                                                                                                  |     |
| <i>Gláucia Ribeiro Starling Diniz</i>                                                                                                           |     |
| POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS<br>VOLTADAS PARA AUTORES DE<br>VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES:<br>uma discussão segundo a perspectiva feminista ..... | 281 |
| <i>Liliany Silva Souza</i>                                                                                                                      |     |
| <i>Isabela Machado da Silva</i>                                                                                                                 |     |
| UM NOIA É UM SUJEITO-HOMEM?<br>USO DE CRACK E MASCULINIDADES.....                                                                               | 301 |
| <i>Iara Flor Richwin</i>                                                                                                                        |     |
| <i>Valeska Zanella</i>                                                                                                                          |     |
| PSICODINÂMICA DO TRABALHO:<br>um resgate do protagonismo do trabalhador.....                                                                    | 321 |
| <i>Katsumi Taís Takaki</i>                                                                                                                      |     |
| <i>Carla Antloga</i>                                                                                                                            |     |
| PRIMEIRAS CRISES PSÍQUICAS GRAVES: o GIPSI<br>e sua contribuição acadêmica, histórias e metamorfoses.....                                       | 333 |
| <i>Iléo Izídio Costa</i>                                                                                                                        |     |
| <i>Clecius Rafael Santos Fernandes</i>                                                                                                          |     |

**SEÇÃO 3 – PESQUISAS E INTERVENÇÕES EM  
PSICOLOGIA: interfaces entre o indivíduo e a sociedade**

|                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| O DESENVOLVIMENTO DE INTERVENÇÕES PREVENTIVAS À<br>VIOLÊNCIA NO NAMORO EM CONTEXTO BRASILEIRO ..... | 355 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Tainah Maria Santos*

*Silvia Renata Lordello*

|                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| TÉRMINO DE NAMOROS VIOLENTOS: uma análise<br>qualitativa sobre como deixar relacionamentos abusivos ..... | 373 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Priscila de Oliveira Parada*

*Sheila Giardini Murta*

*Silvia Renata Lordello*

|                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ATENÇÃO AO ADOLESCENTE/JOVEM<br>ADULTO QUE COMETEU OFENSA SEXUAL:<br>um problema complexo e interdisciplinar ..... | 393 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Andrea Schettino Tavares*

*Cássio Bravin Setubal*

*Neulabihan Mesquita e Silva Montenegro*

*Denise Lima Moreira*

*Liana Fortunato Costa*

|                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE<br>ATITUDES DE EDUCADORES DA<br>EDUCAÇÃO BÁSICA FRENTE ÀS DROGAS ..... | 413 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Flávia Mazitelli de Oliveira*

*Maria Inês Gandolfo Conceição*

*Elaine Rabelo Neiva*

|                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| CORPO MARCADO E ENCARCERADO:<br>automutilação em ambientes confinados ..... | 433 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|

*Juliana Falcão Barbosa de Araújo*

*Terezinha de Camargo Viana*

|                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| IMAGEM CORPORAL DE PESSOAS COM<br>AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES:<br>apontamentos sobre um estudo em psicoprotética ..... | 453 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Juliana Fákir Naves*

*Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo*

|                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ESTRATÉGIAS DE APOIO À ADESÃO AO TRATAMENTO<br>ANTIRRETROVIRAL EM MOÇAMBIQUE SOB<br>A PERSPECTIVA DA GESTÃO EM SAÚDE..... | 473 |
| <i>Bento Saloio Daniel Mazuze</i>                                                                                         |     |
| <i>Ana Cláudia Almeida Machado</i>                                                                                        |     |
| <i>Larissa Polejack</i>                                                                                                   |     |
| <i>Joaquim Mário Selemene</i>                                                                                             |     |
| PERCEPÇÃO DE DOENÇA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV:<br>efeitos de intervenção cognitivo-comportamental .....                  | 491 |
| <i>Graziela Sousa Nogueira</i>                                                                                            |     |
| <i>Eliane Maria Fleury Seidl</i>                                                                                          |     |
| PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES<br>SOBRE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE:<br>implicações para a formação e prática do profissional.....     | 511 |
| <i>Clarissa Vaz Dias</i>                                                                                                  |     |
| <i>Elizabeth Queiroz</i>                                                                                                  |     |
| <i>Jackeliny Suzan Vinhadelli</i>                                                                                         |     |
| SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS<br>DO APEGO E VINCULAÇÃO EM<br>ADULTOS BRASILEIROS E PORTUGUESES .....                           | 529 |
| <i>José Carlos da Silva Santiago</i>                                                                                      |     |
| <i>Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke</i>                                                                          |     |
| <i>Jonas Carvalho e Silva</i>                                                                                             |     |
| ÍNDICE REMISSIVO .....                                                                                                    | 547 |
| SOBRE AUTORAS E AUTORES.....                                                                                              | 555 |



# PREFÁCIO

*Ana Maria Loffredo<sup>1</sup>*

---

É sempre entusiasmante quando o intenso e laborioso empenho de nosso trabalho acadêmico mostra seus frutos de modo tão eloquente, como é o caso do espectro das pesquisas que compõem “Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 5”, cujo extenso rol de autores também permite destacar a fertilidade e o alcance das atividades que desenvolvemos, conjuntamente, com nossos colegas e orientandos, em nichos os mais variados de nossas afinidades, demarcando o trabalho consistente que tem sido vinculado ao Programa de Pós-Graduação Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da UnB.

A pluralidade de temáticas e de referenciais teórico-metodológicos que nele se apresentam têm como fio condutor uma evidente relação com demandas concretas que se apresentam, na atualidade, para os estudiosos da área da Psicologia, também estando estreitamente alinhadas ao compromisso ético-político com o qual a universidade pública deve estar implicada, na articulação necessária entre suas atividades de docência, pesquisa e extensão.

Justamente por essa diversidade de objetos de investigação e de repertórios conceituais, podemos observar a fertilidade do convívio entre propostas epistemológicas diversas, num momento em que a perspectiva interdisciplinar se impõe de modo destacado. Assim se sublinha, também, a responsabilidade da pesquisa acadêmica ao propiciar subsídios, nas várias áreas de atuação da Psicologia e de suas interfaces, no âmbito de suas ressonâncias com as políticas públicas.

Essa perspectiva multifacetada se expressa na organização do livro em três seções, de modo que o leitor pode optar como organizará seu interesse de leitura, em função de um cardápio bastante variado: “Aspectos teóricos, metodológicos e práticos em Psicologia Clínica”, “A realidade brasileira em questão: contribuições da Psicologia” e “Pesquisas e intervenções em Psicologia: interfaces entre o indivíduo e a sociedade”.

Nesse contexto, creio que cabem, apenas, pequenos “destaques”, relativos a cada trabalho, configurando um primeiro cenário para estimular a degustação de um material muito interessante e diversificado.

---

1 Ana Maria Loffredo, psicanalista, Professora Livre-docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) desde 1984 e atual Diretora do Instituto de Psicologia (USP). Membro filiado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. Professora do Departamento de Psicologia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Brasília, de 1975 a 1978.

## 1. Seção 1: “Aspectos teóricos, metodológicos e práticos em Psicologia Clínica”.

Esta primeira parte do livro é inaugurada com uma reflexão sobre a questão do lugar do corpo do analista no contexto analítico, para a qual Alves, Chatelard e Vivès convocam as contribuições de Freud, Lacan e Ferenczi, bem como de alguns de seu comentadores, no sentido de abordar não só a sensibilidade e o tato do analista no bojo da operação do método interpretativo, como também de formular hipóteses relativas à resistência, no meio psicanalítico, para que o corpo ocupe o lugar que lhe caberia nesse processo.

O próximo trabalho, inspirado pelo texto freudiano “O inquietante” (*Das Unheimliche*), e com contribuições da perspectiva fenomenológica, permite a Katia Tarouquella Brasil tematizar, nas suas palavras, “o corpo e a sensação em um diálogo com a arte de Francis Bacon, de modo a destacar o esforço que a arte faz para enunciar a sensação que rompe com o que é da ordem do familiar e nos convoca ao estranho de nós mesmos”.

Em seguida, ainda segundo o referencial psicanalítico, as peculiaridades pertinentes ao discurso delirante, que são abordadas, por Conte e Maesso, prioritariamente, em função das trajetórias freudiana e lacaniana, são convocadas no sentido de um diálogo entre a psicanálise e a criação poética, tomando poesia e criação poética, no âmbito do que foram definidas pelo poeta Octavio Paz.

A perspectiva fornecida pelo registro freudiano do “Inquietante” comparece, novamente, agora alinhada à proposta de examinar, do ponto de vista metapsicológico, segundo Alves, Costa e Amparo, o processo de constituição da *rêverie* na mente do analista, pesquisa para a qual deram suporte as ideias de Bion, Ogden, Ferenczi e Fédida, os três últimos dos quais enfatizaram o imperativo de uma metapsicologia da técnica analítica.

No campo de estudos de História e Epistemologia da Psicologia, João e Ribeiro partem da ideia de Roza, segundo a qual a Psicologia seria um “espaço de dispersão”, recortando como foco de interesse a concepção de “matrizes do pensamento psicológico”, desenvolvida por Figueiredo, a partir da noção de paradigma de Kuhn, colocando-a em diálogo com o conceito de paradigma presente no pensamento complexo de Edgar Morin.

O próximo trabalho, engajado numa leitura etnopsicológica, insere-se no campo da espiritualidade, tomando como ponto de partida a experiência divina de Sri Aurobindo, grande yogue e intelectual indiano. A pergunta disparadora da pesquisa, de evidentes ressonâncias para a atividade clínica, é formulada da seguinte forma, por Silva e Neubern: “até que ponto é possível conhecer o outro?”

Articulada ao campo interdisciplinar de interlocução entre o Direito, a Psicologia e a Psiquiatria, a próxima pesquisa pretende denunciar ações pertinentes ao Direito Penal, vinculadas a concepções anacrônicas, carentes de consistência científica e de cunho estigmatizantes, no âmbito do que se define como mente “transtornada” e “criminosa”. Demes, Celes, Costa e Marques mobilizam o repertório conceitual psicanalítico para contribuir nesse debate.

O trabalho seguinte se vincula ao campo do diagnóstico dos transtornos da personalidade, por meio da discussão da aplicabilidade clínica de três modelos diagnósticos: categórico, híbrido e estrutural. Oliveira e Bandeira conduziram uma pesquisa empírica, da qual participaram 48 indivíduos adultos, que foram avaliados entre três e quatro encontros, em função de entrevistas estruturadas, testes psicológicos e métodos de observação clínica.

A importância da análise e interpretação de dados quantitativos, em psicologia clínica e áreas afins, é discutida no próximo estudo, que pretende estimular a aproximação de profissionais e pesquisadores com essa modalidade de instrumentos de trabalho, que, nas palavras de Iglesias e Valentini, “são frequentemente vistos como desinteressantes, frios e difíceis”. De modo que seu objetivo é apresentar “um guia prático (e amigável!)” na direção da descriminalização dessa atitude.

A questão do suicídio é abordada, a seguir, na perspectiva dos mitos, crenças e atitudes que o atravessam, que incrementam seu potencial de risco e dificultam a procura de ajuda. De modo que, segundo Guimarães, Tavares e Seidl, trata-se de enfatizar a “necessidade de compreender os mitos, crenças e atitudes em suas dimensões sociais e culturais mais abrangentes para a atuação preventiva do suicídio”.

## **2. Seção 2: “A realidade brasileira em questão: contribuições da Psicologia”**

O primeiro estudo desta segunda parte se insere no contexto das reflexões sobre a pandemia da COVID-19, no seio de cuja emergência, Costa e Mendes destacam como as questões por ela mobilizadas podem ser inserir num debate mais abrangente, em termos da crise social, política e econômica vinculadas ao modo de produção capitalista e, mais especificamente, no âmbito de suas peculiaridades em nosso país, em que as desigualdades sociais são tão gritantes.

No próximo trabalho, Catão, Samarcos, Silva, Beato e Lazzarini também tomam como objeto de investigação os desdobramentos da atual pandemia do COVID-19, em termos de seus efeitos psicossociais, definidos como “ações



do sujeito influenciadas pela sua percepção avaliativa e interação com o meio social”, na perspectiva do pensamento freudiano e à luz de uma comparação com a emergência da Gripe Espanhola, de 1918, uma das maiores pandemias da modernidade, que teve graves repercussões em nosso país.

O empreendimento de pesquisa de Conceição, Bocca, Brambatti, Silva, Cantarino e Costa explicita não só a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, no seu próprio título – tratando da crise sanitária em sua vinculação a questões relativas à saúde mental e discutindo as contribuições da Universidade de Brasília, em função das ações do “Comitê Gestor do Plano de Contingência da Covid-19 da UnB (COES)” – como expressa a riqueza de um trabalho escrito por um grupo de autores provenientes de áreas diversas do campo da saúde.

O próximo trabalho tem como foco de interesse a percepção que homens e mulheres possuem a respeito de mulheres que exercem, exclusivamente, o papel de donas de casa. No contexto delimitado por esse objetivo, Santos e Diniz formularam, entre outras, as seguintes questões, disparadoras da pesquisa: “Qual o significado de ser dona de casa na perspectiva de quem não exerce, exclusivamente, essa função?” “Que vantagens e desvantagens esse trabalho possui na percepção das pessoas?”

As políticas públicas brasileiras voltadas para os autores da violência contra as mulheres são examinadas por Souza e Silva, na perspectiva feminista crítica dos estudos de gênero, a partir da qual enfatizam a importância de uma abordagem abrangente, que inclua a promoção da saúde em sua articulação aos contextos socioculturais, econômicos e políticos, contribuindo para a “desconstrução desse aspecto normativo e violento, dito como masculino, tornando possível para os homens uma nova visão sobre si mesmos e sobre os outros, com o auxílio do processo terapêutico”.

Alinhadas aos estudos de gênero e das masculinidades, Richwin e Zanello formulam a hipótese segundo a qual as peculiaridades do trajeto da constituição subjetiva da masculinidade, na perspectiva dos fatores culturais que a modulam, estaria subjacente ao uso de crack por certos homens e, nesse sentido, essa leitura permitiria a criação de “estratégias de cuidado e intervenção gênero-responsivas, que levem em consideração as especificidades dos homens em seus prazeres, sofrimentos e vinculações com o crack ou outras drogas”.

A Psicodinâmica do Trabalho e a Clínica do Trabalho são contempladas pela próxima pesquisa, na qual Takaki e Antloga destacam suas contribuições no sentido de se conduzirem na contramão da precarização das relações entre os trabalhadores, alimentada pelo estímulo à competitividade e ao individualismo, produtores de medo, isolamento e desconfiança. Reportando-se ao potencial das clínicas coletivas, em que se criam condições para a construção

de laços sociais, enfatizam a importância desse espaço privilegiado de fala e de escuta, que permite legitimar o sofrimento e o adoecimento.

No próximo trabalho, Costa e Fernandes apresentam o trajeto histórico do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica – GIPSI, alojado no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, destacando sua inspiração no movimento da luta antimanicomial e na reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo, sua produção científica, suas contribuições para o campo da saúde mental, a perspectiva epistemológica que o orienta no acolhimento ao sofrimento psíquico grave e as peculiaridades das metamorfoses que o próprio grupo tem apresentado nesse percurso.

### **3. Seção 3: “Pesquisas e intervenções em Psicologia: interfaces entre o indivíduo e a sociedade”**

Composta por dez trabalhos, inicia-se com a pesquisa de Santos e Lordello, que aborda a questão da violência no namoro, no contexto brasileiro, visando a um levantamento de dados, no sentido de propiciar suporte para intervenções de caráter preventivo, destacando, nesse contexto, a contribuição da *Intervention Mapping Approach* (IMA), que permite “analisar o processo de criação das intervenções e explorar as barreiras e facilidades encontradas nesse percurso”. Para além de subsidiar o desenvolvimento de intervenções, o trabalho pretende estimular a inclusão dessa temática no âmbito das políticas públicas.

Alinhada à mesma temática da pesquisa anterior, o trabalho de Parada, Murta e Lordello aborda a questão do término de namoros violentos, inspirado pelas seguintes perguntas: “Como se libertar de um namoro violento? O que facilita ou dificulta este processo?” Na perspectiva fornecida pelo Modelo Trans-teórico de Mudanças, trata-se de investigar como as pessoas terminam esses namoros, com que estratégias e o que se apresenta como barreira ou facilitador desse processo. O material para análise foi obtido por meio de entrevistas narrativas com sete participantes, predominantemente, do sexo feminino.

O próximo trabalho volta-se a uma questão premente situada na interface Psicologia e Direito: a apreensão de adolescentes/jovens adultos, entre 16 e 21 anos, que cometeram ofensa sexual contra crianças e/ou adolescentes, cuja faixa etária pode fazê-los transitar entre o ECA e o Código Penal. Nesse sentido, Tavares, Setubal, Montenegro, Moreira e Costa enfatizam as consequências da situação de vulnerabilidade de uma população “que está mais propensa a entrar em contato com o sistema sociojurídico de modo prematuro, em função da existência de diversas limitações de acesso a direitos sociais, desde muito cedo em sua vida”.

A questão das “atitudes de educadores de educação básica frente às drogas” é abordada por Oliveira, Conceição e Neiva, que realizaram uma revisão integrativa da literatura sobre o tema. Para tanto, debruçaram-se, inicialmente, sobre a evolução do conceito de “atitude” na Psicologia Social, convergindo para um conjunto de categorias de análise em função das quais foi possível observar uma lacuna significativa na produção de conhecimento sobre essa temática, de evidente repercussão no âmbito de políticas públicas voltadas à prevenção do uso de drogas e à promoção da saúde.

Também inserido na interface Psicologia e Direito, este estudo é fruto de dois anos de atendimento de adolescentes que cumpriam medida socioeducativa em uma Unidade de Internação no Distrito Federal, em que o foco da pesquisa se dirigiu a casos de automutilação que emergiram nesse contexto. Em função das variações observadas nas formas de se cortar, nas motivações para esse ato e nas reações que provocavam no ambiente, Araújo e Viana pretenderam investigar as peculiaridades da automutilação em uma situação de confinamento, sua incidência e seus efeitos.

A próxima pesquisa, desenvolvida numa instituição brasileira de reabilitação, trata da imagem corporal de pessoas com amputação de membros inferiores, no âmbito de um novo campo de estudos, a “Psicoprotética”. Naves e Araújo apresentam os aspectos fundamentais relativos à amputação e ao uso de prótese, aos objetivos e procedimentos pertinentes e é discutida a ampliação dos recursos metodológicos, com utilização de técnicas observacionais e pesquisa-ação, dando ênfase às intervenções psicoeducativas, voltadas a grupos que se encontram em reabilitação, com ou sem uso de próteses.

Esta pesquisa, inserida numa rede internacional de pesquisadores, recorta como objeto de investigação uma entrevista realizada com um gestor de unidade de saúde, na província de Gaza, Moçambique, cujo objetivo foi detectar as estratégias utilizadas pela unidade de saúde, no sentido de estimular maior adesão ao tratamento antirretroviral, desde que se trata, como nos informam Mazuze, Machado, Polejack e Selemane, de uma região onde se observa a maior taxa de incidência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e pela síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) no país.

O próximo trabalho tem por objetivo investigar os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo sobre a percepção de doença de pessoas vivendo com HIV, além da presença de sintomas ansiosos e depressivos e de estratégias de enfrentamento. Nogueira e Seidl apresentam, inicialmente, um quadro atualizado da síndrome da imunodeficiência humana (aids) e o Modelo de Autorregulação de Leventhal, que se baseia nas crenças individuais sobre saúde/doença e nas respostas às ameaças pertinentes ao processo de adoecimento.

Para Dias, Queiroz e Vinhadelli, trata-se de responder à seguinte questão, inspiradora de seu trabalho de pesquisa e inserida no campo da comunicação em saúde, de evidentes ressonâncias no processo de formação profissional e no cotidiano do trabalho assistencial: “Se desde o início da graduação os estudantes compreendem a importância, alcance e influência da comunicação na relação com seus pacientes, por que esse ainda é um ponto tão crítico na prática do profissional?” Fizeram parte da investigação estudantes de enfermagem, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional e saúde coletiva.

A questão do apego e da vinculação de adultos é foco de interesse do próximo trabalho, que pretendeu estabelecer uma comparação entre adultos de uma cidade brasileira e de uma cidade portuguesa, o que se justifica, segundo Santiago, Bucher-Maluschke e Silva, pela proximidade entre ambos os países. Foi possível observar a importância das relações primárias na constituição de modelos internos de comportamento e de relacionamento, embora a maneira como esses modelos internos repercutem nos adultos mostre diferenças significativas entre as culturas e os países considerados.

Bem, assim se fecha tão interessante e instigante coletânea, cujos trabalhos em rede expressam a vitalidade das aventuras compartilhadas, que então se abrem, com muito gosto, para futuros enlaçamentos que se anunciam.

*São Paulo, 17 de novembro de 2020.*



SEÇÃO 1 – ASPECTOS TEÓRICOS,  
METODOLÓGICOS E PRÁTICOS  
EM PSICOLOGIA CLÍNICA



# O EM-CORPO DE ANALISTA<sup>2</sup>

*Rafaela Brandão Alves  
Daniela Scheinkman Chatelard  
Jean-Michel Vivès*

---

Este capítulo se propõe a discutir qual o lugar do corpo do analista no processo de análise, considerando a sensibilidade e o tato do analista no momento da interpretação. Para isso, abordaremos por meio das proposições lacanianas a relação entre a ressonância do dizer e o ato analítico, instante imprevisível que não tem que ver com a consciência. Levantaremos também possíveis motivos para a resistência em trazer à baila o corpo do analista no meio psicanalítico.

Afinal, o que fazemos enquanto analistas quando acomodamos nossos corpos na poltrona detrás do divã? A resposta é relativamente simples e já desenvolvida pela teoria psicanalítica. Escutamos. Escutamos o encadeamento de palavras e sons produzidos em associação livre pelo analisante. Escutamos significantes que deslizam narrando algo sobre aquele sujeito engajado na arte de se dar à contação de si.

Chegam a nós silêncios, histórias, risos, sonhos, choros, amores, bloqueios, dores, odores. Escutamos sons com textura e melodias com partituras. Mas, nos lançamos, antes de tudo, a escutar o que resta por detrás da gramática linguageira, visto que outro texto corre solto, pulsando, como em ondas, em movimento constante e possuído de uma matéria inapreensível, contudo, sensível. Isto é, não é porque não vemos, que não existe – preceito este já ultrapassado advindo do campo das ciências duras –, e, no mesmo sentido, não é porque não a registramos pelo aparelho da linguagem que não somos por ela tocados.

Poderíamos dizer que o ensino laciano se orientou, dentre outros, pela demonstração de que o campo da linguagem afeta e é afetado por um registro que presentifica o limite da significação, impossibilitando o anseio de tudo compreender. É o registro do real, também nomeado, impossível, aqui, por hora, referido pela imagem das ondas que pulsam por detrás do dito. Parece-nos, portanto, que enquanto em nosso cotidiano nós privilegiamos a dimensão do significado, isto é, a compreensão do que nosso interlocutor diz para mantermos uma conversa, no fazer analítico a dimensão privilegiada é aquela que pulsa. Veremos o porquê.

Afinal, se escutar é escutar essas duas dimensões, o dito e o que resta esquecido como dizer por detrás do que ouvimos (Lacan, 1971-72/2003),

---

2 A presente pesquisa foi realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de financiamento 001.



porque fazemos desta proposição simples, algo complexo, envolto de reticências, de alertas e de recomendações? Lacan dizia que nós psicanalistas deixamos de escutar porque compreendemos demais, isto é, nos fiamos ao fio do enunciado, do dito, e deixamos sem escuta o fio que pulsa por detrás. Daí a insistência lacaniana em fazer chegar aos psicanalistas a mensagem: um analista não compreende. Tomamos então a liberdade de incorporar a esta proposição o seguinte: um analista não compreende, ele se faz caixa de ressonância no *em-corpo* de analista.

Propomos, pois, discutir neste capítulo a hipótese de que a resistência do analista em escutar é também efeito da resistência em se entregar ao encontro com essa dimensão pulsátil, senão real, que ressoa junto ao significante. Daí então nos questionarmos sobre qual é o lugar do *em-corpo* de analista no processo de escuta e qual a sua função no ato analítico. Se, como nos diz Lacan (1967-68/n.d.) o analista resiste e tem horror ao ato, propomos que há algo da experiência com o dizer que ressoa no *em-corpo* de analista que, simultaneamente, o apavora e provoca efeitos, seja ele, o ato analítico.

Para isso retomaremos a temática já discutida nos tempos freudianos sobre a sensibilidade do analista e sua relação com a interpretação, desenvolvendo as noções de tato, ressonância e ato analítico. E claro, nos lançaremos a chacoalhar os esqueletos e afetar as carnes da acrópole psicanalítica fechada à temática central neste artigo, o corpo de analista.

Antes de desdobrarmos a temática, começaremos por destacar um dos poucos, senão o único, momento na extensa obra lacaniana em que autor abordou o corpo do analista. Na lição de 21 de junho de 1972 do Seminário 19, *O pior*, ele diz que um discurso se sustenta em um corpo. O discurso é a dimensão do dizer que produz vínculo social e o dito é aquilo que escutamos do que o outro diz e podemos captar em um gravador, por exemplo.

Ao falarmos de um corpo não falamos de um corpo isolado, mas de um corpo em relação a outro, sendo este um dos motivos pelo qual ele utiliza a grafia *em-corpo*.<sup>3</sup> Quer dizer, a preposição *em* nos remete a ideia de um corpo articulado, emparelhado a outra coisa. Por isso utilizamos a mesma grafia para nos referirmos ao *em-corpo* de analista, já que ao ser apreendido na relação transferencial com o analisante, o corpo *do* analista se torna corpo *de* analista, isto é, corpo desubjetivado, acéfalo, que se joga na relação transferencial para ser bordado no tempo e no espaço da operação do discurso analítico.

Nos interessa também a referência lacaniana ao corpo enquanto sustentação dos discursos. Um discurso se instaura a partir do momento em que há o enlace

3 Lacan também joga com o equívoco presente nas palavras em francês *en corps* (em-corpo) e *encore* (ainda, mais uma vez) para fazer escutar a noção de gozo, isso que não cessa e não se esgota. O conceito de gozo será por ele trabalhado no Seminário seguinte, *Mais ainda* (1972-73/2008).

entre corpos. Em outras palavras, é como efeito da incorporação do significante no corpo que se dará o aparelhamento discursivo e, portanto, a estrutura que nos revelará como este sujeito se porta, por exemplo, frente ao saber e a castração.

E com o discurso analítico não seria diferente. Segundo o psicanalista (Lacan, 1971-72/2003) as entrevistas preliminares são necessárias para que haja a confrontação entre os corpos analista/analisante e a instauração do discurso analítico. Quer dizer, a relação entre os corpos é condição para o engendramento do laço analítico, mas, como será ressaltado adiante, se faz condição apenas nos primeiros encontros:

Quando alguém me procura no meu consultório pela primeira vez e eu escando nossa entrada na história com algumas entrevistas preliminares, o importante é confrontação de corpos. É justamente por isso partir desse encontro de corpos que este não entra mais em questão, a partir do momento em que entramos no discurso analítico. Mas persiste o fato de que, no nível em que funciona o discurso que não é o discurso analítico, coloca-se a questão de como esse discurso conseguiu aprisionar corpos. (Lacan, 1971-72/2003, p. 220).

Frente a esse apontamento lacaniano, propomos pensar os quatro discursos apresentados no Seminário 17, *O avesso da psicanálise* (Lacan, 1969-70/1992), sendo eles, do mestre, do universitário, histérico e psicanalítico de maneira macro e micro. Quer dizer, desde que o analista é apreendido pela fantasia do sujeito como aquele que sabe sobre seu desejo, função Sujeito suposto saber, e que o analista responde do lugar de objeto pequeno *a*, de resto, que porta a marca da castração experimentada no seu próprio processo de análise, ali temos de forma macro a instauração do discurso analítico. Conquanto, apreendemos, a partir deste mesmo Seminário, que os discursos operam em rotação e estão sempre em movimento, ora opera do lugar de agente o objeto *a*, o saber, o significante mestre ou o sujeito do inconsciente.

Assim, vemos que também em um processo de análise o analista pode operar a partir de outros lugares que não só o de semblante do objeto *a* e que o lugar de mestre é aquele que ninguém, tampouco os analistas, estão imunes, “afinal, é sempre fácil voltar a escorregar para o discurso da dominação, da mestria.” (Lacan, 1969-70/1992, p. 72). Temos, então, que de forma macro o analista já capturado na função de Sujeito suposto saber pela fantasia do analisante, pode, de maneira micro, vir a responder do lugar de outros agentes, fazendo operar outros discursos.

E se o encontro dos corpos fora indispensável no engendramento do discurso analítico nas entrevistas preliminares, não seria também imprescindível a presença *em-corpo* de analista para a restauração do discurso analítico? Tendo

como base este questionamento buscaremos explorá-lo refletindo sobre o encontro entre os corpos e a ressonância do dizer como elementos para que o discurso analítico opere a cada vez, de novo, tendo como efeito o ato analítico.

## Resistência à sensibilidade?

Uma questão se faz fundamental, por que evitamos e recusamos falar sobre o corpo do analista? Se Lacan (1972-73/2008) inicia o Seminário 20, *Mais ainda*, confessando ter recalcado o corpo no seu ensino, teríamos recalcado também o tema do corpo do analista? Se for este o caso, precisamos, antes, procurar entender quais seriam as razões para isso e nada como a história para nos lembrar do que não vivemos, mas compartilhamos os ecos.

Seguindo os ecos temos que Lacan (1971-72/2003) discorre sobre o aprisionamento dos corpos no discurso do mestre. Segundo ele, os psicanalistas se fiam aos sentimentos para segurar a corda e não escorregarem, colocando-se numa posição de domínio, como aquele que sabe e detém o conhecimento. Escutamos aí uma crítica ao manejo que os psicanalistas do seu tempo faziam da contratransferência, servindo-se da análise dos sentimentos para deduzir fantasias e projeções do analisante.

Em meados nos anos 1950 a contratransferência se tornou um radar que dirigia a interpretação dos analistas, pois estes acreditavam que os afetos emanados pelos analisantes seriam vias de acesso aos seus inconscientes. E como nos mostra o psicanalista Daniel Koren (2007) no texto *Os erros de contra-transferência*, a contratransferência não é um conceito freudiano, fora antes por ele compreendida como um sinal ao analista de que algo trabalha contra a transferência sendo função daquele superar tais obstáculos. Ou seja, bem ao contrário de conceder alcance aos elementos inconscientes, tais sinais deveriam ser escutados e ultrapassados.

O desenvolvimento da noção de contratransferência se acentua com os estudos de Henrich Racker (1957, como citado por Koren, 2007), Paula Heimann (1950, como citado por Koren, 2007) e Margaret Little (1951, como citado por Koren, 2007) herdeiros das interrogações ferenczianas sobre a importância da empatia e do “sentir junto” (Ferenczi, 1927-28/n.d.) na técnica interpretativa. De acordo com Koren (2007), os três psicanalistas citados se apropriaram dos remarques daquele quanto à sensibilidade e à empatia do analista enaltecendo o polo subjetivo, fazendo exatamente aquilo que o próprio Ferenczi havia alertado:

Sem nenhuma dúvida, numerosos serão – não somente entre os iniciantes, mas todos os que possuem uma tendência ao exagero – os que aproveitarão

do que proponho sobre a importância do « sentir junto » para colocar, no tratamento, acento principal sobre o fator subjetivo, quer dizer, sobre a intuição e que subestimarão o outro fator que destaco como sendo decisivo, a apreciação consciente da dinâmica. (Ferenczi, 1927/28, p. 64)<sup>4</sup>

Vemos, pois, que Ferenczi situa a experiência de sentir junto com o analisante na esfera do pré-consciente, promulgando que para isso seria imprescindível a análise pessoal do analista para que então ele tenha consciência dos elementos inconscientes de seu caráter e não venha a confundi-los com o que é sentido na relação com o analisante. Os desdobramentos dessas proposições, no entanto, foram de fortalecer a subjetividade do analista sobrepondo-a a sua função simbólica.

Quer dizer, a dupla analista/analisante foi reduzida a uma relação intersubjetiva, na qual os polos simétricos respondem um ao outro como imagens refletidas de um mesmo espelho, aprisionados nas identificações emotivas e fantasmáticas. Foi neste contexto que Lacan (1958/1998) inflamou as discussões da época criticando diretamente os psicanalistas que haviam perdido as bases freudianas do manejo da transferência e consequentemente a compreensão de inconsciente. O texto *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, de 1958, é um ícone sobre esse debate.

Nesse texto, Lacan (1958/1998) nos diz que tomar a relação analítica como situação a dois é expressão da resistência do analista em se fazer apreendido pela fantasia do analisante. Isto é, a pessoa do analista é em transferência alçada a condição de significante vindo a compor a cadeia discursiva do analisante como mais um significante dentre outros. É preciso, assim, que a escuta do analista faça movimentar esta cadeia discursiva redirecionando o processo não do lugar de sujeito, mas de objeto, desubjetificado e causa do desejo do único sujeito ali em questão, o analisante.

Entendemos, pois, que a articulação que Lacan (1971-72/2003) faz entre os sentimentos e a posição de dominação do analista é uma crítica à redução da transferência à contratransferência e, portanto, à posição defensiva que os analistas se colocam frente ao inconsciente do analisante. A partir de então, alarmes se acendem ao falarmos de afetos, emoções e sentimentos prontos a denunciar a posição subjetiva do analista e a vertente identificatória da transferência. Bom, aqui estamos com o intuito de desatar esse nó histórico, justificável, mas talvez tão bem atado que nos impossibilita de olhar outra

4 Tradução nossa: « Sans aucun doute, nombreux seront ceux – non seulement parmi les débutants, mais aussi tous ceux qui ont une tendance à l'exagération – qui profiteront de mes propos sur l'importance du « sentir avec » pour mettre, dans le traitement, l'accent principal sur le facteur subjectif, c'est-à-dire sur l'intuition, et qui mésestimeront l'autre facteur que j'ai souligné comme étant décisif, l'appréciation consciente de la situation dynamique. » (Ferenczi, 1927/28, p. 64)

possível face da sensibilidade, aquela que ressoa com as ondas, que não tem a ver com sentimentos e não acede à consciência.

Não podemos nos esquecer de que Freud (1926/2006) no texto *A questão da análise leiga* concede importante lugar à sensibilidade dizendo ser uma questão de sensibilidade do analista que ele saiba o momento exato de interpretar a fala do analisante. Segundo ele, a interpretação é uma questão de tato do analista. Tato como cautela, tino, prudência, mas também como um dos cinco sentidos da percepção, diretamente ligado a pele, sentido que não se restringe a uma zona corporal, pelo contrário, abrange toda a extensão do corpo.

Mas que as honras sejam feitas pois o termo tato não foi utilizado apenas pelo pai da psicanálise, fora antes desenvolvido por Ferenczi (1927/n.d.) no texto *A elasticidade na técnica psicanalítica*. Sabe-se que centenas de cartas foram trocadas entre Freud e Ferenczi, discípulo/mestre, embebidas de uma relação transferencial com todos os ingredientes que lhe cabe, admiração, amor, raiva, ódio. Nessas correspondências se fizeram presentes temáticas como telepatia, trabalhos mediúnicos, empatia, fim de análise, agressividade, tempo, manejo da transferência, bondade, sensibilidade e também o tato do analista.

Freud teria censurado a publicação de muitas dessas discussões, digamos, sensíveis e que fugiam aos protocolos da ciência, por recear críticas e resistências à psicanálise (Moreau, 1976). Nesse movimento, talvez ele também tenha censurado um tanto da sua própria fascinação por tais temáticas, definindo, inevitavelmente, os caminhos da psicanálise. Mas para falarmos de sensibilidade e tato precisamos nos remeter a esfera do intuitivo ou do paranormal? A fim de suscitar o debate, vamos antes seguir, brevemente, os passos do apaixonado e autêntico Ferenczi.

## **Tato do analista**

A aproximação freudiana aos estudos considerados “ocultos” como a mediunidade e a telepatia é tema de diversos trabalhos que se interessaram pela parte oculta de Freud que não cabia nos moldes da ciência, tal como o trabalho de Christian Moreau (1976), *Freud e o Oculto: Abordagem Freudiana ao Espiritismo, Adivinhação, Magia e Telepatia*. De acordo com o Moreau (1976), ao fazermos um panorama da obra freudiana, encontramos uma lógica interna sustentada na dialética entre o polo científico e o polo parapsicológico de Freud. Inicialmente, nos anos 1910, ele teria se engajado a desmitificar o ocultismo, dizendo-o uma ilusão passível de ser explicada pelos fenômenos

psicológicos. Não obstante, no decurso de sua pesquisa, nos anos 1920 e 1930<sup>5</sup>, o austríaco teria se confrontado com um certo número de fatos que o fizeram supor a existência da telepatia, acreditando vir a explicá-la cientificamente.

Interessa-nos sobre essa discussão a perspectiva oferecida por Vieira (2017) em *A empatia em Freud e em Ferenczi: Em busca de uma ferramenta para a Clínica Psicanalítica*, segundo a qual, a telepatia é um assunto que condensa a temática da participação dos afetos em um nível de troca psíquica para além da linguagem. Os afetos seriam a via de comunicação direta e não mediada entre dois inconscientes sem a intermediação da consciência. A compreensão de dois inconscientes que se comunicam já fora questionada por Lacan (1964/2008) no Seminário 11, *Os quatro conceitos fundamentais*, texto em que ele nos apresenta a ideia de um inconsciente que pulsa, se abre e se fecha, e, como o corpo, o inconsciente também é apreendido em um discurso, logo, ao falarmos de inconsciente, falamos de um inconsciente em relação, em transferência.

Contudo, nos chama atenção a proposta de que a escuta do analista se daria também pela transferência de conteúdos carregados de afetos sem a mediação da consciência. São as investigações ferenczianas que mais se aprofundaram neste assunto e mesmo vieram a influenciar a perspectiva freudiana sobre uma possível transferência de pensamentos. Ainda, segundo o psicanalista húngaro seria através do processo de análise que o psicanalista “afinaria” sua escuta para a percepção dos afetos que ressoam na relação analista/analisante (Ferenczi, 1927/28/n.d.).

De acordo com Ferenczi (1927-28/n.d.) no texto *Elasticidade na técnica psicanalítica*, com a experiência de fim de análise os analistas chegariam as mesmas constatações em relação a técnica na prática clínica. Todos compreenderiam que a técnica depende de um único fator, o tato do analista. Sendo assim, não seria difícil ao analista saber o momento e a forma de fazer alguma comunicação ao analisante, já que o tato seria uma aquisição do próprio processo analítico

Mas o que é o tato? A resposta para esta questão não nos é difícil. O tato é a faculdade de «sentir junto». Se nós conseguirmos, com a ajuda do nosso saber, extraído da dissecação de muitas mentes humanas, mas sobretudo de nós mesmos, nos apresentar as associações possíveis ou prováveis do paciente, que ele ainda não percebe, nós podemos – não tendo de lutar com resistências como ele – adivinhar não somente seus pensamentos reprimidos mas também as tendências que lhes são inconscientes (Ferenczi, 1927-28/n.d., p. 55).<sup>6</sup>

5 Textos freudianos que tratam sobre o tema: *Psicanálise e telepatia* (1921), *Sonho e telepatia* (1921), *A significação oculta dos sonhos* (1925) e *Sonho e ocultismo* (1932).

6 Tradução nossa: «Mais qu'est-ce que le tact? La réponse à cette question ne nous est pas difficile. Le tact, c'est la faculté de « sentir avec ». Si nous réussissons, à l'aide de notre savoir, tiré de la dissection de

Ferenczi (1927-28/n.d.) nos diz também que essa comunicação é antes uma decisão tomada pelo analista, instante em que ele pesa friamente a situação, sublinhando que em nenhum caso o analista se guia pelos próprios sentimentos. Vemos aí a preocupação ferencziana em retirar a ênfase da subjetividade afetiva do analista, propondo uma intervenção mais da ordem do racional do que emocional, ao mesmo tempo em que, como vimos na citação acima, ele propõe uma sensibilidade às tendências inconscientes, inclusive, a adivinhação de pensamentos. Como ele nos diz, o trabalho psicanalítico se torna verdadeiramente complicado, já que: “nós poderíamos quase falar de uma oscilação perpétua entre o “sentir junto”, auto-observação e atividade de julgamento.” (Ferenczi, 1927-28/n.d., p. 61).

Encontramos, pois, que sob a pena de Ferenczi, o tato do analista depende da avaliação pré-consciente dos elementos quantitativos presentes na situação, e, portanto, da experiência do analista. Ele se esforça em retirar essa concepção do campo místico e da intuição, destacando a participação da consciência como fator decisivo. Ou seja, Ferenczi procura enodar ao mesmo tempo o “sentir junto” e a avaliação dos afetos, enfatizando que somente um “analista bem analisado” poderia realizar esses processos no pré-consciente e não no inconsciente.

Vemos que apesar dos seus esforços, os contornos deste tema se fazem difíceis e confusos: “Privar o “tato” do seu lado místico foi precisamente o motivo principal que me levou a escrever este capítulo; mas admito que me limitei a abordar o problema, sem o ter resolvido de forma alguma.” (Ferenczi, 1927-28/n.d., p. 65). Poderíamos dizer que seria justamente por ter em vista a separação das instâncias psíquicas que a construção ferencziana entrou por caminhos tortuosos, embaraçando uma possível resolução. Tal imbróglio é resolvido por Lacan (1964/2008), pois desde o início de seu ensino ele nos apresenta a apreensão do inconsciente/consciente a partir da figura topológica Banda de Moebius. E com esta forma de apresentação, inconsciente e consciente se tornam faces de uma mesma banda unilátera, não há mais interior/exterior, dentro/fora, essa divisão é ultrapassada.

Isto posto, entendemos que Ferenczi trouxe à práxis psicanalítica a importante discussão sobre o tato do analista, visto que, de certa forma o experienciamos, mas não ousamos abordá-lo talvez porque estejamos desde o início reticentes de sua roupagem mística. Acreditamos que as propostas ferenczianas ou sofreram exagerado acento à subjetividade do analista e à contratransferência ou foram relegadas a esfera mística, logo, desconsideradas. Observamos, contudo, que é de grande contribuição o espaço que ele concede ao tema da sensibilidade no fazer psicanalítico.

---

nombreux psychismes humains, mais surtout de la dissection de notre Soi, à nous présenter les associations possibles ou probables du patient, qu'il ne perçoit pas encore, nous pouvons – n'ayant pas comme lui à lutter avec des résistances – deviner non seulement ses pensées retenues mais aussi les tendances qui lui sont inconscientes.» (Ferenczi, 1927-28, p. 55).



Estimamos, para tanto, que Ferenczi trabalhou tal temática pela ótica dos afetos e emoções, o que, de certa forma, teria contribuído para uma construção ambígua, a partir da qual os afetos seriam ao mesmo tempo racionalizados e adivinhados. Mas, uma dimensão teria ficado esquecida nessa discussão, a dimensão pulsional. Este passo fora dado por Szondi et Schotte (1990) quando eles extraem da proposta ferencziana de “sentir com” a concepção de contato. Segundo eles é ao pensarmos a transferência com base no contato que algo de pulsional toma lugar, o contato seria:

A etimologia atesta: a palavra contato, escreve Szondi, deriva do verbo latino *contingere* e pode-se encontrar nele, diz ele, quase todos os fenômenos e aspectos motores do impulso de contacto. Significa: tocar, agarrar, sentir, alcançar, encontrar... É inútil enumerar todas as traduções da palavra em alemão. Basta-nos notar que *contingere* é um composto do verbo *tangere*, *tango*: eu toco. A primeira experiência de contato é a experiência humana do tato. Transferido para coisas sob a forma de contiguidade, é depois transferido para o homem sob a forma de comércio inter-humano (Maldiney, 1990, p. 177).<sup>7</sup>

É articulando a noção de contato com o tato do analista que o psicanalista Jean Florence (1990) no texto *O contato na prática psicanalítica*, nos convida a pensar o tabu de tocar e ser tocado presente na lógica de uma prática neutra. Ele acrescenta ainda que a dimensão do contato coloca em cena uma linguagem muda, mas que: “Há uma realidade sensorial do contato, e seria muito grave acreditar que as regras analíticas nos colocam ao abrigo disso que seria o perigo do contato.”<sup>8</sup> (Florence, 1990, p. 103). Dito de outra forma, seria a higienização e a proteção contra o contato pulsional que limitaria o manejo do analista imbuído ora de julgar, ora de sentir e julgar.

A teoria do contato nos fornece uma interessante questão a refletir: a pulsão enquanto elemento que nos toca e provoca efeitos, agora, articulados à prática do analista. E para pensarmos os efeitos não conscientes da pulsão, isto é, quando somos por ela tocados, mas não temos a transcrição para a consciência desta experiência, podemos recorrer às origens da escrita freudiana, às noções de barreiras de contato. Freud (1895/2006) desenvolveu esta noção no texto *Projeto Psicologia Científica*, ao se utilizar das imagens figurativas

7 Tradução nossa: «L'Étymologie l'atteste: le mot contact, écrit Szondi, dérive du verbe latin *contingere* et on peut trouver en lui, dit-il, presque tous les phénomènes et aspects moteurs de la pulsion de contact. Il signifie: toucher, effleurer, tâter, atteindre, rencontrer, aboutir...Inutile d'énumérer toutes les traductions du mot en allemand. Qu'il nous suffise de constater que *contingere* est un composé du verbe *tangere*, *tango*: je touche. L'expérience première du contact est celle, humaine, du toucher. Transférée aux choses sous la forme de la *contiguité*, elle se reverse ensuite à l'homme sous la forme du commerce interhumain.» (Maldiney, 1990, p. 177).

8 Tradução nossa: “Il y a une réalité sensorielle du contact, et il serait très grave de croire que les règles analytiques nous mettent à l'abri de ce qui serait le *danger du contact*.” (Florence, 1990, p. 103)



dos neurônios para pensar a estruturação do aparelho psíquico em termos de memória, percepção, quantidade e qualidade de estímulo.

Esse manuscrito nos oferece uma extensa rede de pensamentos do qual extrairemos o elemento que consideramos pertinente para a presente discussão. Segundo Freud (1895/2006), o aparelho psíquico seria composto por três tipos de neurônios, cujos tecidos responderiam diferentemente aos estímulos recebidos, internos ou externos, a depender da presença e funcionamento das barreiras de contato. Estas impõem dificuldades a passagem de uma excitação, de modo que quanto maior a resistência a essa passagem mais fortemente o estímulo será inscrito e registrado, e se a quantidade do estímulo não for suficiente para ultrapassar a resistência das barreiras, ele será percebido, mas não registrado. Além disso, o mesmo tipo de neurônio que registra os estímulos também é responsável por enviar à consciência o que ele chamou de período, a partir do qual a consciência traduzirá as quantidades em qualidades.

Temos, então, que nem todos os estímulos percebidos são registrados e daqueles que o são nem todos são transmitidos à consciência. A fim de retomarmos o que dizíamos antes de nos servirmos da figura das barreiras de contato, vamos pensar os estímulos não somente enquanto força pulsional, mas mais especificamente como o que ressoa do contato com o Outro pela via do dizer. Ou seja, ao mesmo tempo que a linguagem invade e incarna o corpo pulsional, ela é também invadida e habitada pelo real (Soler, 2019). Essa dimensão real que habita a linguagem é a dimensão do dizer que jaz por trás do dito, sendo, em termos de estímulos, aquilo que é percebido, mas não registrado, logo, impossível de alcançar a consciência.

Somos, pois, portadores de um corpo que fora e é caixa de ressonância do dizer do Outro, ao mesmo tempo em que se apropria de uma experiência que não diz respeito ao saber consciente. Paul Audi (2010) em *Criar: introdução a estética*, nos diz que para criar é preciso colocar a pele, fazer do corpo meio de instauração do possível, pois a carne porta uma certeza de fonte diferente daquela do conhecimento:

A certeza de que o corpo de carne goza no seu movimento é muito mais forte do que as provas ou todos os dados supostamente imediatos da consciência. Mas tem de ser repetido na mesma: ao contrário do conhecimento da consciência, o conhecimento do corpo não é autoconsciente: não está consciente de ser conhecimento. Na medida em que preside ao mais ténue dos seus atos, aos seus mínimos atos e gestos, à sua constante colocação em movimento, o conhecimento em questão, o conhecimento do corpo, é um conhecimento por direito próprio, um conhecimento cuja certeza lhe vem de uma fonte muito diferente daquela que irriga o olhar da mente (p. 142).<sup>9</sup>

9 Tradução nossa: "La certitude dont jouit, dans son mouvement, le corps de chair est bien plus fort que l'évidence ou que toutes les données prétendument immédiates de la conscience. Mais il faut tout de même

Um saber heterogêneo ao conhecimento, advindo de uma experiência que não se registra psiquicamente. Saber que guarda a potência de criação. Assim podemos explicitar o que viemos até aqui desenvolvendo como a sensibilidade a algo que ressoa e que não se avizinha ao julgamento, que compartilha o campo da estética, do sentir, mas, não necessariamente, cai sob o domínio do mental.

Ressaltamos a articulação entre essa sensibilidade e a criação, visto ser exatamente este o tema do presente capítulo, o ato analítico, ato de criação do analista, como efeito da sensibilidade do *em-corpo* de analista ao que ressoa do dizer do analisante. Antes, porém, de adentrarmos e concluirmos apresentando o ato analítico, vamos avançar na noção de ressonância e o uso que Lacan faz da mesma para pensar a interpretação do analista.

## Caixa de ressonância

Lacan (1975-76/2007) nos diz no Seminário 23, *O Sinthoma*, que o corpo é sensível, recortado em orifícios (boca, ânus, ouvidos, olhos) e que a voz nele ressoa. Alguns anos antes, em 1971-72, no Seminário *O saber do psicanalista*, ele nos traz também que a interpretação do analista é da ordem da *réson*, jogando com a palavra *résonance* e *raison* em francês, respectivamente, ressonância e razão. Temos com isso que é função do analista interpretar não a partir do que ele compreende, reflete ou elabora sobre o que lhe foi dito, mas do que nele ressoa e faz efeitos antes mesmo de aceder a consciência.

A psicanalista Isabelle Orrado (2018), no texto *Ressonância como conceito psicanalítico: mediações terapêuticas: uma ressonância de gozo para um tratamento através da arte*, propõe elevar a noção de ressonância ao status de conceito operatório do fazer clínico. Para isso ela vai até a física para entender o fenômeno da ressonância, lá encontrando que para que tal fenômeno ocorra é preciso colocar em contato um comprimento de onda e um corpo sensível, portador de uma frequência própria, a partir do qual teremos um movimento inédito. Precisando ainda ser necessário a existência de vazios, espaços, para que as moléculas se agitem, movimentem e possam se propagar.

E como nos disse Lacan, nosso corpo é recortado em zonas erógenas que se desenham em furos e bordas. Elas são índices do que cai como efeito do encontro do organismo com a linguagem, do que era carne e se faz corpo banhado no campo do simbólico, do sentido, do significante. Dai então

---

le répéter: contrairement au savoir de la conscience, le savoir du corps n'est pas conscient de soi: il n'est pas conscient d'être un savoir. Pour autant qu'il préside au plus ténu de ses actes, à ses moindres faits et gestes, à sa constante mise en mouvement, le savoir dont il s'agit, le savoir corporel, est un savoir à part entière, un savoir dont la certitude lui vient d'une source toute différente que celle qui irrigue le regard de l'esprit. » (p. 142)

pensarmos o *em-corpo* de analista como uma caixa de ressonância, uma vez que retalhado em espaços vazios, possibilitam a ressonância do que viemos aqui aludindo com a imagem das ondas.

Logicamente, portanto, é ocupando o lugar de caixa de ressonância que a interpretação analítica provoca o mesmo no corpo do analisante, constituindo assim um sistema em ressonância. Quer dizer, a interpretação como efeito da ressonância do dizer no *em-corpo* de analista tem a potência de tocar os vazios presentes no discurso do analisante, cavando pontos heterogêneos à linguagem, evocando a significância, isto é, a criação de algo inédito em seu campo discursivo. Um exemplo de interpretação ressonante é o corte lacaniano e sua operação através das sessões com tempo lógico, forma silenciosa de operar sobre aquilo que a palavra não diz, ressoando e criando no e com o vazio.

Isso que estamos aqui chamando como interpretação ressonante é senão o que Lacan (1967-68/n.d.) desenvolveu no decorrer do seu ensino e mais precisamente no Seminário 15, *O Ato analítico*. Interpretação que visa justamente tocar o real que faz furo na linguagem e rasura o sentido, cujo efeito será não outro que um corte no tempo e no espaço discursivo do sujeito, demarcando um antes e um depois. Tal interpretação porta uma dimensão real em sua estrutura, irredutível ao sentido, podendo ser definida como dizer do analista. O analista é atravessado pelo próprio ato, isto é, ali ele não pensa e não decide, é objeto do próprio ato (Lacan, 1967-68/n.d.).

Essa concepção de interpretação é consubstancial à concepção lacaniana de inconsciente e fora certamente um corte à concepção freudiana. Se o inconsciente freudiano é o saber não sabido pela consciência, mas que lá jaz latente para ser descoberto, o inconsciente lacaniano apresentado, sobretudo a partir do seminário sobre o ato analítico, é um saber sem sujeito. Isto significa dizer que é um saber que não existe a priori, é antes um saber em ato que se faz no instante mesmo em que vem a ser. Para isso é preciso inventá-lo, criá-lo.

A perspectiva trazida por Lacan (1967-68/n.d.) de um saber sem sujeito é inaugural ao seu ensino e vem delimitar concomitantemente o fazer analítico e a formação do analista. O psicanalista francês propõe que a formação de um analista ocorre antes de mais nada com o fim de sua análise, fim este representado pelo reconhecimento e aceitação de que seu próprio analista não portava o saber sobre seu desejo, efeito de queda da função Sujeito suposto saber que vinha sustentando até então a transferência analítica.

O fim de uma análise, nesse sentido, é a queda desse sujeito suposto saber encarnado na figura do analista, a partir daí a verdade se lança sempre para outro lugar. Não há um sujeito que contenha o saber, nem mesmo aquele a quem o analisante durante um bom tempo apostou todas as fichas de sua história “Quanto ao saber, é uma função imaginária, uma idealização incontestavelmente, é isto que torna delicada a posição do analista que está no meio, onde está o vazio,

o buraco, o lugar do desejo.” (Lacan, 1967-68/n.d., pp. 70-71). Esse lugar de resto é certamente lugar que não se relaciona com conhecimento ou vontade, podendo ser vislumbrado em instantes em que o *em-corpo* de analista ressoa o dizer que resta por detrás do dito, evocando o ato analítico.

Reencontramos aqui a hipótese inicial do presente capítulo de que é com o enlace entre os corpos ali presentes, do analista e do analisante, a partir do lugar de caixa de ressonância do *em-corpo* de analista que advirá o ato analítico reestabelecendo, pois, o discurso analítico. Ato que não pode ser antecipado e que atravessa o corpo do analista sem que ele se aperceba. Corpo tocado por uma dimensão que evoca a inventividade, o novo.

## Conclusão

O discurso analítico tem como agente o que Lacan (1969-70/1992) nomeou como causa do desejo, resto, semblante de objeto *a*. Esse discurso se instaura, segundo ele, no momento em que os corpos ali em questão são enlaçados pela estrutura do discurso, o que significa dizer que é preciso primeiramente que o analista responda a demanda de saber do lugar de Sujeito suposto saber, avesso do que seria responder do lugar de quem detém o saber.

Sustentamos, pois, que para que o analista venha a ocupar este lugar, ele é, tal como o analisante, apreendido pelo discurso no instante em que seu corpo é feito de caixa de ressonância ao dizer do analisante. Deste modo, a sensibilidade do *em-corpo* de analista se faz via de instauração de seu ato, sendo, pois imprescindível para aquilo que a psicanálise se propõe, em suma, que o analista faça operar a verdade, isto é, o reconhecimento da castração, presentificado no saber sem sujeito.

Essa verdade é experimentada no decorrer de um processo analítico como efeito da interpretação ressonante do analista, aquela que toca o dizer do analisante provocando a criação de sentidos inéditos. Para tanto, esta interpretação, o ato analítico, só é possível porque antes havia o *em-corpo* de analista na cena analítica. Por conseguinte, propomos que somente com o encontro entre os corpos podemos experimentar o ato analítico, logo, a castração e a queda da função que sustenta a transferência, Sujeito suposto saber.

Como então pensarmos o que temos experienciado nos dias atuais com a assunção e solidificação de atendimentos via remota? Certamente muito ainda temos que discutir e mesmo experimentar para que possamos aos poucos, face aos desdobramentos, irmos elaborando um saber. Lançamos antes de finalizarmos este capítulo mais provocativo do que assertivo, a seguinte questão: como respondem nossos corpos diante de um concerto musical, corpo-a-corpo com a vibração e ressonância dos sons da guitarra, bateria, sax, violino, voz? Ainda, como eles respondem diante de uma caixa de som em que o mesmo

concerto é transmitido pelas vias mecânicas da tecnologia? Como os corpos se excitam ligados por vozes amortecidas por máquinas?

Se o efeito do ato analítico, operador do discurso analítico, é, ao mesmo tempo que a experiência com a castração, a invenção e criação, podemos nessa mesma linha de raciocínio questionar, a que se presta a psicanálise senão invocar no sujeito o desejo de criar, se criar em ato? Como nos diz Audi (2010):

É necessário criar: este é o princípio sobre o qual a teoria da estética/ética constrói o axiomático. “É necessário”: no sentido do que é exigido pela vida para que possa viver, para que possa continuar a viver e ter prazer em viver, para que possa regozijar-se com o poder de agir que é e, portanto, persistir no seu ser, ou seja, para que viva mais, para que viva melhor, em suma, para que sobreviva quando o puro facto de viver lhe pareça insuportável. (p. 65)<sup>10</sup>

Se para criar é preciso colocar a carne, não para fazer obra da própria carne, mas para com ela fazer a obra (Audi, 2010), para analisar é preciso colocar o corpo, o *em-corpo* de analista, não para fazer obra do corpo, mas para com ele fazer a obra analista, aquele que advirá no fim da própria análise.

---

10 Tradução própria: « Il faut créer: tel est le principe dont la théorie esth/éthique construit l'axiomatique. « Il faut »: au sens de ce qui est requis par la vie pour qu'elle vive, pour qu'elle puisse continuer de vivre et prendre plaisir à vivre, pour qu'elle puisse se réjouir de la puissance d'agir qu'elle est et, ainsi, persister dans son être, c'est-à-dire pour qu'elle vive plus, pour qu'elle vive mieux, bref, pour qu'elle sur-vive quand le pur fait de vivre lui apparaît insupportable. » (p. 65)

## REFERÊNCIAS

- Audi, P. (2010). *Créer: Introduction à l'esth/éthique*. Éditions Verdier.
- Florence, J. (1990). Le contact dans la pratique analytique. Em J. Schotte (ed.), *Le contact*. (4 Ed., pp. 102-109). Boeck Université.
- Ferenczi, S. (1927/28). Élasticité de la technique psychanalytique Em *Œuvres complètes*. (IV, pp. 53-65). Payot.
- Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica (M.A.M. Rego, trad.). Em J. Strachey (ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Volume I (335-397). Imago. (Originalmente publicado em 1895).
- Freud, S. (2017). A questão da análise leiga: Conversas com uma pessoa imparcial. (C. Dornbusch, trad.) Em *Fundamentos da clínica psicanalítica* (205-314). Autêntica. (Originalmente publicado em 1926).
- Guérin, N. (2019). *Logique et poétique de l'interprétation psychanalytique: Essai sur le sens blanc*. Éres.
- Koren, D. (2007). *Les errements du contre-transfert*. Em Les lettres de la S.P. F. (17, pp. 37-72).
- Lacan, J. (1958/1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. (V. Ribeiro, trad.). Em *Escritos* (pp. 591-652). Zahar.
- Lacan, J. (1964/2008). *Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (M.D. Magno Trad.). Zahar.
- Lacan, J. (1967-68). *O seminário, livro 15: O ato analítico*. Inédito.
- Lacan, J. (1969-70/1992). *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. (A. Roitman e A. Quinet, trad.). Zahar.
- Lacan, J. (1971-72). *Seminário: O saber do psicanalista*. (A. I. Corrêa, L. P. Fonsêca, N. Z. Frej, trad.). Centro de Estudos Freudianos do Recife.
- Lacan, J. (1971-72/2003). *Seminário, livro 19: O pior*. (A. T. D. Gonçalves, D. P. Fiúza, D. Coutinho, M. A. M. Fernandes, M. Colin, trad.). Espaço Moebius Psicanálise.

Lacan, J. (1972-73/2008) *Seminário, livro 20: mais, ainda*. (M. D. Magno, trad.). Zahar.

Lacan, J. (1975-76/2007). *Seminário, livro 23: O sinthoma*. (S. Laia e A. Telles, trad.). Zahar.

Orrado, I. (2018). *La résonance comme concept psychanalytique: Les médiations thérapeutiques: une mise en résonance de la jouissance pour un traitement par l'art*. Tese de Doutorado. Psychologie. Université Côte d'Azur.

Maldiney, H. (1990). La dimension du contact au regard du vivant et de l'existant: de l'esthétique à l'esthétique-artistique. Em J. Schotte (ed.) *Le contact* (4 Ed., pp. 177-194). Boeck Université.

Moreau, C. (1976). *Freud et l'occultisme: L'approche freudienne du spiritisme, de la divination de la magie et de la télépathie*. Edouard Privat.

Soler, C. (2019). *O em-corpo do sujeito: Seminário 2001-2002*. Ágalma.

Vieira, B. A. (2017). *A empatia em Freud e em Ferenczi: Em busca de uma ferramenta para a Clínica Psicanalítica*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

# O CORPO ESTRANHO DE NÓS MESMOS: um ensaio sobre a arte, a sensação e a clínica psicanalítica

*Katia Tarouquella Brasil*

---

Este capítulo foi em parte apresentado no XXVII Congresso de *Psicanálise*, *O Estranho*, em 2019, em Belo Horizonte. A discussão aqui apresentada se refere ao impacto do estranho pela via da experiência do corpo, pela arte e pela sensação, enfatizando como estes são entendidos pela psicanálise e pela fenomenologia. Arruda (2019) destaca que o estranho é a metáfora do inesperado, sendo o duplo o representante do sujeito naquilo que não pode ser explicitado e sendo a arte uma das saídas.

O corpo na obra de arte pode evocar algo do estranho, que se mescla com traços familiares. São imagens que convocam o expectador ao encontro com o fascínio e o horror. Nesse sentido, é a partir do encontro com esse estranho de nós mesmos, pela via do corpo, que é possível romper com a repetição e entrar em contato com aquilo que transborda os limites e derrota as fronteiras (Marsillac et al., 2018).

Um elemento que comparece no livro *O estranho*, de Freud (1919), é o retorno de algo recalcado que, ao mesmo tempo em que se apresenta como diferente, é uma repetição, sem ser o mesmo.

O fator da repetição da mesma coisa não apelará, talvez, para todos como fonte de uma sensação estranha. Daquilo que tenho observado, esse fenômeno, sujeito a determinadas condições e combinado a determinadas circunstâncias, provoca indubitavelmente uma sensação estranha, que, além do mais, evoca a sensação de desamparo experimentada em alguns estados oníricos (Freud, 1919, pp. 295-296).

Freud (1919) nos lembra que o estranho nos remete à sensação de vulnerabilidade presente nos estados oníricos, como uma repetição involuntária que evoca sentimentos, impressões e vivências como algo sinistro. O estranho provoca angústia e terror, pois assusta por ser aquilo que nos remete também ao familiar. Freud aborda o estranho (*Das Unheimlich*) e o duplo, traduzido também como inquietante, que aparece como aquilo que é terrível



e angustiante, mas que, ao mesmo tempo, remonta ao que é familiar e que, acrescido de algo novo, torna-se inquietante.

Em *O estranho*, Freud faz referência aos contos fantásticos de Theodor Amadeus Wilhelm Hoffmann (1776-1822), escritor alemão, nascido no século XVII, cuja história é intitulada *O homem da areia*, a qual se refere às lembranças de histórias infantis de um homem que joga areia e arranca os olhos das crianças desobedientes, história apavorante que rompe com o que é da ordem do familiar e que também é acrescida de outra história, a da boneca aparentemente viva, Olimpia, um autômato que se torna a paixão do jovem estudante Natanael. Tal cena desperta sentimentos de uma estranha inquietude diante de uma boneca quase humana, experiência que provoca incerteza e estranhamento que rompe com os limites entre o real e a fantasia.

A obra de arte faz nascer uma inquietude estranheza por algo que se revela na repetição revestida pela estética e pela sedução que exerce sobre o sujeito. Freud (1908, 1910, 1914), foi prudente ao atravessar a fronteira entre a clínica e a cultura e buscou oferecer pistas sobre a criação artística e a vida psíquica, mas afirmou que, mesmo se o psicanalista é levado a investigar a estética, esta não se revela simplesmente como uma teoria da beleza, mas também envolve a dimensão do sentir (Medina, 2017).

## Corpo, Arte e Sensação

Na arte o corpo aparece como duplo, como estranho, como imagem, como sombra, aquilo que escapa ao próprio sujeito, mas que ainda assim o pertence, pois, subverte a anatomia. Nesse sentido, as pinturas de Francis Bacon refletem a apreensão do que é do registro corporal e da sensação corporal presente nas telas. Diante dos trabalhos desse artista, o corpo transcende a pura impressão de um corpo como materialidade concreta, de um esquema corporal pré-determinado e nos remete a um corpo, no qual interno e externo se entrelaçam e passado e futuro se confundem.

Sendo a arte uma expressão sem palavras, a pintura de Francis Bacon enuncia um corpo que comunica pelos contornos imprecisos, pelos traços, pelas cores e revela uma sensação de realidade com um atributo de imaginário. A sensação permite ao espírito ter a experiência dos objetos, ou melhor dizendo, permite conhecê-los (Deleuze, 2007). As séries de deformações do corpo que aparecem como um reflexo sem contorno destituído de uniformidade, nos enviam à estranheza daquilo que é irreconhecível em nós mesmos.

**Figura 1** – Bacon, F. Autorretrato, 1971

As pinturas de Bacon nos colocam diante de uma série de figuras representadas com aspecto de deformação da fisionomia. A pintura deste inglês da Irlanda nos evoca a imagem de nosso próprio corpo que se diferencia e se altera, quando o outro nos envia um reflexo vago, inatento, desinvestido e desconstruído do nosso corpo, como se “o eu-pele não encobrisse o corpo e seu conteúdo ameaçasse vazar” (Anzieu & Monjauze, 2004, p. 333).

Francis Bacon nasceu em Dublin, em novembro de 1909, e sua obra apresenta um corpo humano submetido a uma contínua transformação, criando assim uma nova “figuração”. Esta desarmonia nos atinge de uma forma inquietante, uma desarmonia permitida pela arte, pelo estranho familiar. Em suas telas, o artista procurou apreender a sensação e retratá-la pela textura, pelos contornos e pelas cores, tarefa nem sempre fácil. A sensação nos remete àquilo que é inserido na pré-linguagem e que confirma o que o autor pretendeu “Apreender a sensação para colocá-la sobre uma tela” (Bacon, 1945, citado por Anzieu & Monjauze, 2004, p. 9).

**Figura 2** – Bacon, F. Nu feminino na porta, 1972



A apreensão da sensação nas telas de Bacon nos encaminha para a seguinte reflexão, segundo Anzieu e Monjauze (2004):

O espírito preexiste ao nascimento biológico. Ele é o pedaço de uma massa indiferenciada, superfície de inscrição sobre a qual a sensação se impõe a partir das impressões que por sua vez deixam traço: imagens, lembranças (Anzieu & Monjauze, 2004, p. 67).

Com efeito, a obra de Bacon se abre ao psicanalista como algo que escapa a representação, mas que, ao mesmo tempo, se refere a nossa origem, daquilo que é inominável, mas que se engaja na experiência do familiar e do estranho que se apresenta no figurativo, indicando a relação da origem da sensação na experiência do corpo marcado pela relação intersubjetiva entre a criança e o adulto.

Deleuze (2007) esclarece que estar diante da obra de Bacon coloca o espectador como testemunha da emergência do caos e do retorno ao caos, poderíamos dizer mesmo que confronta o espectador a seu estranhamento. Em seu livro sobre Francis Bacon intitulado *lógica da sensação* o autor destaca:

A sensação é ser – no – mundo: ao mesmo tempo eu me torno na sensação, e alguma coisa acontece pela sensação, um pelo outro, um no outro. Em última análise, diz o filósofo, é o mesmo corpo que dá e recebe a sensação, que é tanto objeto, quanto sujeito (Deleuze, 2007, p. 142).

Na discussão sobre a arte de Francis Bacon por Deleuze (2007) e Anzieu e Monjauze (2004), as séries de deformações do corpo aparecem como um reflexo sem contorno, destituído de uniformidade e que nos envia à estranheza de refletir uma imagem irreconhecível de nós mesmos, como o estranhamento que nos avassala. As pinturas de Bacon nos colocam diante de uma série de figuras representadas com aspecto de deformação por uma desarmonia inquietante de um figurativo desfigurado e deformado marcado pelas intensidades pulsionais, “o que quero fazer é deformar a coisa, descartar a sua aparência, mas, nesta deformação, reconduzi-la ao registro da aparência” (Sylvester, 2007, p. 83). A pintura em Bacon anuncia a carne como uma matéria maleável que pode adquirir uma dimensão estética e mesmo erótica pela via da sensação e do estranhamento de um corpo que não cede a força de ser contido.

Nesse sentido, Bacon se aproxima da dimensão arcaica humana, uma vez que a ausência da mãe não garante seu retorno, nem que o choro do bebê assegura que ele vai ser atendido, de modo que a criança é sempre confrontada a imprevisibilidade do adulto, na medida em que este o coloca na posição de traduzir os significantes enigmáticos que permeiam essa relação. Reynier (2011) destaca que o pintor, em seu trabalho, atua na tentativa de traduzir essa experiência arcaica de lidar com a imprevisibilidade materna.

Anzieu e Monjauze (2004) abordaram a experiência do bebê no nascimento formada a partir da sensação do contato, da pressão e do toque, que nos ensina sobre o mundo vivo. Quando o sujeito experimenta uma sensação, ele se sente vivo, sobretudo, por sua qualidade local (sonora, visual, etc.), por sua tonalidade (agradável, dolorosa) e por sua intensidade (forte ou fraca). Assim, a memória se inscreve como um traço da sensação que subsiste ao registro da superfície. Se por meio da sensação nos sentimos vivos, em contrapartida, seu desaparecimento nos fornece uma pré-concepção da morte, no sentido de Bion, citado por Anzieu e Monjauze (2004). Os autores sublinharam que o corpo retratado nas telas de Bacon perde sua capacidade de conter e o personagem aparece desprovido de uma grande parte de sua pele, de modo que nenhuma barreira é colocada no sofrimento. Ao observarmos as telas de Bacon, somos atravessados diretamente por essa enorme falta de contenção, o que nos convida à experiência do desamparo experimentado também nos estados oníricos.

**Figura 3** – Bacon, F. Tríptico Agosto, 1972



## O Corpo Vivido o Corpo da Sensação

As situações na clínica psicanalítica apresentam conflitos que atravessam o corpo e a relação que o paciente vai estabelecer com esta experiência. Por exemplo, quando um depressivo diz eu desmoronei, não consegui mais ficar de pé, ou eu me curvei diante dele, como uma referência à humilhação e em uma relação de movimento ou ausência dela, presente no enunciado, fiquei paralisado, em uma referência ao espanto (Martins, 1998).

Esses exemplos evidenciam o caráter inter-relacional entre corpo, linguagem e sensação. De modo que saímos da pretensão de uma semiologia natural para uma semiologia que envolve uma complexidade significativa, a saber, um sujeito que fala de si e que traz uma história referida no corpo, um corpo que seria relacionado às experiências primeiras do sujeito, uma vez que está intimamente entrelaçado na experiência com o outro e com a linguagem que permeia essa relação.

O corpo representado psiquicamente é um corpo construído a partir das ideias, dos fantasmas das percepções sensoriais, dos traços deixados pela experiência de prazer e desprazer enlaçado pelo seu componente erótico. De fato, a construção teórica sobre o corpo erótico em psicanálise é marcada pela perspectiva do desenvolvimento psicosssexual, a partir do qual o bebê vai se apropriando do corpo erótico na medida em que vai surgindo uma integração entre função biológica e sexualidade. Ao corpo biológico se acrescenta o corpo erótico, que se situa como um corpo promessa de colonização pelo apoio no corpo biológico. Dejours (2019) enfatiza, que a noção de apoio em psicanálise se refere aos processos em que um órgão é desviado do seu destino original, de uma função

biológica, como a boca destinada a nutrição, para servir a outros propósitos – a propósitos eróticos. Assim, é a partir da subversão da função biológica que a colonização erótica possibilita a edificação do segundo corpo: o corpo erótico.

O corpo erótico não é dado a priori, ele se apoia no corpo biológico e esta construção vai deixar traços duráveis no psiquismo do sujeito. O registro do uso do corpo excluído das trocas intersubjetivas seria ligado à falha do processo de subversão libidinal (Dejours, 2019). Assim, podemos assinalar que o corpo erótico é o herdeiro da história da relação da criança com os adultos e que não se curva ao destino biológico.

Evidencia-se o confronto entre o mundo adulto e o mundo infantil. A criança pede ajuda ao adulto diante do transbordamento da sua excitação e o adulto responde a essa demanda a partir da dimensão do seu próprio inconsciente. Sales (2002) resumiu esta situação da seguinte forma: o adulto responde à demanda da criança a partir do desconhecimento de sua própria divisão, ou seja, da sua clivagem interna diante de uma criança que só pode se comportar de maneira frágil e imperfeita, mas que precisa dele para sobreviver e entrar na cultura.

Na perspectiva da sedução generalizada, todos os adultos são perversos, na medida em que subscrevem o biológico suscitando o corpo erótico infantil. Desse modo, a teoria da sedução proposta por Laplanche (1992) mostra que a sedução é a via de chegada de uma criança ao mundo da linguagem. É essa entrada que abre caminho para um entendimento mais abrangente da dinâmica pulsional e para o encontro com o corpo erótico. A sedução originária nos remete à situação em que o adulto propõe à criança significantes verbais e não verbais, chamados por Laplanche (1992) de significantes enigmáticos.

A sedução originária não está relacionada diretamente aos ataques sexuais, mas sim à ideia de sedução e de enigma, como a sedução inerente aos cuidados maternos. É, portanto, nessa sedução originária que se encontra a essência de todas as outras seduições, uma vez que ela inaugura a polaridade atividade-passividade.

Com efeito, o mundo da linguagem ao qual somos inseridos pelo adulto, nos leva ao encontro do corpo erótico esculpido nessa relação. Entretanto, o bebê não pode traduzir em palavras suas emoções, o que nos encaminha para a compreensão de que existiria no inconsciente uma lacuna que se refere ao discurso sobre nós mesmos, como se estivéssemos diante de algo impensável pelo atraso da linguagem sobre o vivido. Assim, podemos entender que a arte se lança no desafio de colocar pela via do figurativo a expressão de algo da ordem da pré-linguagem, que remete à experiência da sensação, da relação com o corpo erótico registro das primeiras relações da criança com os adultos.

O impacto da sensação sobre o corpo marca o universo infantil antes da aquisição da linguagem. Tanto assim, que podemos dizer que a passagem que a criança efetua da mãe em direção ao pai caracteriza uma vitória da linguagem sobre o sensorial, pois a relação mãe-bebê passa efetivamente pelo sentir, enquanto a paternidade é um princípio cultural, do domínio da representação e da atividade simbólica (André et al., 2002).

A sensação se inscreve no registro do primitivo, daquilo que era, de modo preponderante, anterior à linguagem e que parece retornar à cena principal na situação em que o sujeito vivencia um corpo atingido por sintomas somáticos. Podemos sublinhar que a sensação é algo precipitado no corpo, mas que está colocada também no contexto da intersubjetividade. Quando uma criança corre e cai, ao se levantar ela observa seu joelho machucado e começa a chorar. Sua mãe se aproxima e lhe diz “isso não é nada, nem está doendo”. A partir dessa fala, a criança para de chorar. Essa situação ilustra o modo como o corpo se insere no circuito relacional, possibilitando um trabalho de tradução daquilo que configura a relação com o adulto.

## **Corpo e a Sensação: Contribuições da Fenomenologia**

A fenomenologia também fez um esforço para traçar uma discussão sobre o corpo, na relação entre corpo, afeto e representação. A fenomenologia e a psicanálise são contemporâneas, nascem ao final do século XIX e, a partir dos ensinamentos de Maine de Biran (1766-1824), comparece uma nova concepção de corpo, de uma existência corporal subjetiva, na teoria do corpo subjetivo, no qual Biran não faz distinção entre o corpo e o ego. O corpo se situa como individualidade pessoal, corpo próprio, distinto do corpo objetivo, anatômico e biológico. É o espaço interior do corpo próprio munido de um esforço que desvela a consciência de si, este corpo subjetivo como um corpo originário como o próprio ser do ego (Umbelino, 2012). Ao se referir aos trabalhos de Biran sobre o corpo, Dejours (2009) lembra que uma estimulação no corpo provoca uma excitação sensorial, que pode se manter periférica e não percebida pelo eu. Tal excitação fisiológica pode, por sua vez, suscitar uma reação afetiva de prazer ou de sofrimento e assume uma dimensão subjetiva à qual Biran nomeia de sentido íntimo, de modo que o que se passa em mim só é possível provar pelo testemunho (Biran, 1995).

Pode-se considerar Biran como um precursor da narrativa, ao enfatizar que o homem deve estar atento aos diferentes períodos de sua vida e manter um registro de seus sentimentos, como uma narrativa introspectiva corporizada. Sendo assim, vale destacar que a relevância de Maine de Biran não se resume apenas ao lugar conferido ao corpo, mas certamente pela edificação de uma



ontologia da subjetividade, a partir do que pode ser chamado de uma consciência corpórea do eu, do corpo na gênese da própria consciência (Souza, 2007).

A partir dos trabalhos de Maine de Biran, Michel Henry (1922 –2002), construiu seu pensamento acerca do corpo como sendo subjetivo, no qual busca colocar em relação a afetividade, a subjetividade, o movimento, o sentir, o esforço, a memória e o desejo, inscrevendo-os na imanência da vida, na perspectiva de abordar aspectos essenciais de uma teoria da interioridade, de um corpo subjetivo.

Ao direcionarmos a discussão para a dimensão do corpo na arte de Bacon e na sensação que emana do seu trabalho, podemos fazer uma relação com Michel Henry, que destaca a arte como a vida invisível e como o modo de sentirmos o *páthos*, seja na pintura, na poesia, na música, na dança e em nós mesmos. O *páthos* revelado pela arte faz eco sobre a dimensão subjetiva e revela uma outra possibilidade de relação com o mundo, que se inscreve como uma ontologia indissociável, pois a arte ultrapassa os limites da linguagem e se situa no domínio do irrepresentável da pulsão, do estranho do horror e da sedução (Medina, 2017; Nascimento, 2017; Padilha, 2018).

Na perspectiva henryana, a arte cumpre o papel de revelar o que não é visto, mas então o que do corpo e do eu se revelam na arte? Na teorização de Henry, a corporeidade sob influência de Byran possui um lugar privilegiado, o autor dá um lugar ao corpo subjetivo e evoca a subjetividade encarnada ou *corps vivant* [corpo vivente], sendo o ego um corpo subjetivo. Tal postura rompe com a dicotomia corpo e mente e aponta para o poder do ego sem distância entre o que é experiência e o que é experienciado (Antúnez & Kepler, 2012).

Pela via da pintura do artista russo Kandinsky (1866-1944), Michel Henry se aproxima da dimensão estética da arte e da sua ruptura com o visível, não como uma remodelação da figuração perceptiva, mas como revelação da vida invisível. Michel Henry introduz uma outra fenomenologia que se distancia da consciência proposta por Husserl, na medida em que nem todo sentimento passa pela realidade objetiva como um fenômeno da exterioridade.

Merleau-Ponty (1908-1961) é outro autor da fenomenologia que se debruçou na ideia de um corpo subjetivo, de modo que defendeu que a consciência ou a subjetividade é essencialmente intencional, sendo que, para Michel Henry, a corporeidade passa pelo autossentir e é anterior à intencionalidade (Cunha, 2018).

Na perspectiva de Merleau-Ponty, o corpo comporta uma certa sensação de estranheza, por exemplo, um sujeito que tem um membro do corpo amputado, como a perna, por exemplo, a qual, mesmo não estando mais integrada ao esquema corporal, poderá ser sentida. O autor chamou de membro fantasma essa sensação que se refere a uma lembrança, uma vontade, uma crença, demonstrando a consciência do corpo como experiência, como fato psíquico.



“É nesse sentido que nosso corpo é comparável a uma obra de arte, já que ele é um nó de significações vivas” (Merleau-Ponty, 1945, p. 163). Significações que nos aponta para algo de estranho que poderia estar escondido, mas que se enuncia e que nos convoca à extensão dos limites, ao encontro com o fantástico e com o inesperado.

A fenomenologia de Merleau-Ponty se constitui como o estudo da essência da percepção e da essência da consciência. O autor sustenta que não se pode compreender o homem e o mundo de outra forma, senão a de uma visão construída a partir da experiência.

A percepção, na perspectiva de Husserl (1966), refere-se à ideia de que os objetos percebidos não cessam de se modificar. O sentido de um objeto simples, tal como a árvore, aparece à percepção como uma realidade existente presentificada. Entretanto, todo objeto percebido, toda sensação visual surgida no campo da visão, toda sensação tátil que surge no campo do tocar, segundo o autor, é subordinada à consciência, mas em um processo em constante elaboração e modificação.

Certamente a construção do sentido não é algo acabado e o risco de uma dualidade inerente ao processo de construção do sentido pode nos levar inevitavelmente ao equívoco. Husserl (1966) relata uma experiência que teve, ao ver a seu lado uma jovem observando um catálogo com um olhar que lhe pareceu interessado, subitamente, a jovem lhe pareceu estranha e ele percebeu que se tratava de um simples manequim (boneco), cujo objetivo era confundir as pessoas.

A questão que nos é sugerida, a partir dessa experiência, é que podemos nos equivocar pela nossa própria percepção. Em uma situação tal como a apresentada por Husserl, ficamos hesitantes, pois nos encontramos diante de duas apreensões perceptivas conflitivas. Uma percepção nos indica que o que é percebido é um ser humano de carne e osso e a outra percepção, no momento seguinte, revela uma boneca (manequim) de cera. O resultado desta dupla percepção, que nos toma de assalto e que nos faz passar arbitrariamente de uma apreensão a outra, cria uma sensação de insolidéz, de estranhamento ao que é sinistro e que destoa do sentido construído pela percepção.

A entrada em cena do corpo vivido (*Leib*), caracterizado como o corpo vivo da percepção que estabelece a relação comunicativa, de conhecimento e construtiva em relação ao meio ambiente e aos sujeitos que o cercam. O sujeito se constitui com referência à sua corporalidade vivida e no entendimento comunicativo ao mundo ao qual pertence. O mundo é o todo e a integralidade dos objetos, o objeto é aqui entendido como possuindo uma existência individual e concreta e uma subjetividade singular ou comunitária. O sentido dessa experiência objetiva é o que podemos chamar de existência objetiva em conformidade com a experiência. Fundamentalmente, a subjetividade e o Eu são experimentáveis, conforme a percepção da experiência na expressão da

corporalidade vivida e na relação de unidade psicofísica que a constitui. O homem, como unidade psicofísica, só pode fazer a experiência de si-mesmo na experiência dessa unidade corporal com o corpo vivido (Husserl, 1966).

O delineamento da construção teórica do conceito de corpo vivido nos encaminhou para a compreensão do corpo-próprio, segundo Merleau-Ponty (1945). Evoca-se aqui o posicionamento do autor de que a relação no mundo é corporal e de que o contato com o mundo se dá por meio de um corpo que sente, de modo que a experiência perceptiva é, em si, uma experiência corporal e uma fonte de sentido, de perceber os fenômenos como um modo de presença sensível no mundo. Na perspectiva fenomenológica desses autores, a busca da essência do mundo passa pelo que percebemos. Assim, o mundo não é o que penso, mas o que vivo, comunico-me com o mundo, mas não o possuo, pois ele é inesgotável.

Merleau-Ponty (1945) considerou o corpo como um ponto de vista sobre o mundo, uma vez que a experiência do corpo é, em si, um fato psíquico, que comporta uma certa percepção interna e externa. O autor buscou no corpo os caminhos para a compreensão do problema da linguagem, mas também buscou compreender um problema mais abrangente: a expressão. De modo que se apreende o significado da palavra assim como se apreende o sentido de um gesto: “... Eu não percebo a cólera ou a ameaça como um fato psíquico escondido atrás do gesto, leio a cólera no gesto, o gesto não me faz pensar na cólera, ele é a própria cólera” (Merleau-Ponty, 1945, p. 251).

Em relação à fenomenologia do corpo, Merleau-Ponty (1945) recorreu à expressão emocional dos gestos para neles encontrar os primeiros indícios da linguagem como um fenômeno autêntico. Para ele, não haveria um signo natural no homem e, nesse sentido, não é possível reduzir suas aquisições à ordem de uma natureza humana.

Para o autor, de certo modo, é irrelevante a distinção entre o que é natural e o que é construído, uma vez que todas as condutas estão fundamentadas em um ser biológico, mas, ao mesmo tempo, podem ser expressas de forma particular.

Não basta que dois sujeitos conscientes tenham os mesmos órgãos e o mesmo sistema nervoso para que, em ambos, as mesmas emoções se representem pelos mesmos signos. O que importa é a maneira pela qual eles fazem uso de seu corpo [...] (Merleau-Ponty, 1945, p. 256-257).

A Psicanálise, por sua vez, colocou em pauta o estatuto conceitual de inconsciente e da pulsão pela ruptura como o dualismo entre corpo e espírito, de maneira a se desenvolver, com muita riqueza teórica, as problemáticas da linguagem e da intersubjetividade (Birman, 1994). O autor chamou a atenção para os trabalhos de Merleau-Ponty, o qual foi marcado pela tradição filosófica

de Husserl, que procurou tematizar a abertura da consciência para o mundo e para o outro. Merleau-Ponty procurou dialogar com o discurso freudiano e nos trabalhos intitulados *La structure du comportement* (1942) e *Phénoménologie de la perception* (1945), em que destacou a contribuição da psicanálise em relação à separação do físico e do psíquico, mas também teceu críticas a Freud pela incapacidade que a psicanálise possui em extrair das noções que articulava, as consequências ontológicas que uma reflexão filosófica esperaria (Müller-Granzotto, 2005). Merleau-Ponty atribui um lugar aos conceitos freudianos e especialmente ao inconsciente, mas não adere a metapsicologia a partir da qual o inconsciente seria a outra cena, que comparece pelo retorno do recalcado na consciência.

O diálogo com a fenomenologia nos permitiu traçar pistas sobre a experiência do corpo e repensar a pertinência das reflexões fenomenológicas que transformaram o cogito cartesiano formulado por Descarte de “eu penso” em “eu sinto”. A noção de eu sinto atravessa o estranhamento na arte, que aparece como um diálogo construído principalmente a partir dos trabalhos dos surrealistas e o impacto das obras diante da percepção e a experiência do corpo e do mundo, como se estivéssemos diante de algo pela primeira vez. Tal sensação remete o sujeito ao estranho familiar.

A palavra alemã ‘unheimlich’ é obviamente o oposto de ‘heimlich’ [doméstica], ‘heimisch’ [nativo] – o oposto do que é familiar; e somos tentados a concluir que aquilo que é ‘estranho’ é assustador precisamente porque não é conhecido e familiar. Naturalmente, contudo, nem tudo o que é novo e não familiar é assustador; a relação não pode ser invertida. Só podemos dizer que aquilo que é novo pode tornar-se facilmente assustador e estranho; algumas novidades são assustadoras, mas de modo algum todas elas. Algo tem de ser acrescentado ao que é novo e não familiar, para torná-lo estranho (Freud, 1996, p. 237).

A experiência do estranho na arte provocaria uma inquietude, mas também uma experiência sensorial que, apesar de desorganizadora, formula uma exigência de pensar. Nesse sentido, o pensar se produz a partir de experiência corporal que vai procurar um caminho para se construir.

Nesse sentido, procuramos abordar o corpo e a sensação em um diálogo com a arte de Francis Bacon, de modo a destacar o esforço que a arte faz para enunciar a sensação que rompe com o que é da ordem do familiar e nos convoca ao estranho de nós mesmos.

## REFERÊNCIAS

- André, J., Baudin, M., & Golse, B. (2002). *La vie sensorielle – la clinique des sens*. Presse Universitaire de France.
- Antúnez, A. E. A., & Wondracek, K. H. K. (2012). Fenomenologia em Michel Henry: implicações na psicopatologia e psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18(1), 3-12. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180968672012000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672012000100002&lng=pt&tlng=pt).
- Anzieu, D., & Monjauze, M. (2004) *Francis Bacon ou le portrait de l'homme désespéré*. Seuil/Archimbaud.
- Arruda, L.M.C. (2019). *O inquietante estranho e o duplo: nos processos de criação na psicanálise e na literatura*. Appris.
- Birman, J. (1994). *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Cunha, A.C. R. (2018). Do corpo a carne em Michel Henry. *Synesis*, 10(1), 1-16. <http://seer.ucp.br/seer/index.php/synesis/article/view/1441/687>
- Dejours, C. (1991). *Regressão e subversão em psicossomática*. Jorge Zahar.
- Dejours, C. (2009). Corps et psychanalyse. *L'information psychiatrique*, 3(85), 227 -234.
- Dejours, C. (2019). *Psicossomática e Teoria do Corpo*. Blucher.
- Deleuze, G. (2007). *Francis Bacon: Lógica da sensação*. Jorge Zahar.
- Henry, M. (2009). Genealogia da psicanálise o começo perdido. Editora UFPR.
- Henry, M. (2012). *A barbárie*. Realizações.
- Henry, M. (2012). *Filosofia e fenomenologia do corpo: ensaio sobre a ontologia biraniana*. Realizações.
- Husserl, E. (1998). *De la synthèse passive*. Grenoble: Jérôme.
- Husserl, E. (1989). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy*. Kluwer Academic Publishers.

Freud, S. (1996). *O estranho*. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. XVII, páginas 231-271. (Trabalho original publicado em 1919). Imago.

Freud, S. (1970). *Escritores criativos e devaneio*. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. IX, páginas 135-143. (Trabalho original publicado em 1908). Imago.

Freud, S. (1970). *O Moisés de Michelangelo*. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. XIII, páginas 249-280. (Trabalho original publicado em 1914). Imago.

Freud, S. (1970). *Leonardo Da Vinci e uma lembrança de sua infância*. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. XI, p. 55-124. (Trabalho original publicado em 1910). Imago.

Laplanche, J. (1992). *Novos fundamentos para a psicanálise*. Martins Fontes.

Medina, F. P. (2017). *Literartes*, 1(7), 285-297. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9826.literartes.2017.124456>.

Marsillac, A. L. M.; Tancredi, T. C. T.C., & Sousa, J.G.N. (2018). Políticas do corpo: arte e psicanálise despindo as imagens. *Revista Subjetividades*, edição especial, 68-80. <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v18iEsp.6148>.

Biran, M. (1995). *De l'aperception immédiate*. Tome IV des Oeuvres de Maine de Biran (dir. F. Azouvi). Vrin.

Merleau-Ponty, M. (1960). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.

Merleau-Ponty, M., (1942). *La structure du comportement*. Presses Universitaires de France.

Martins, F. (1998). *Semiologia clínica I*. Coleção Psicopatologia, Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise, Universidade de Brasília.

Müller-Granzotto, M. J. (2005). Merleau-Ponty leitor de Freud. *Natureza humana*, 7(2), 399-432. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151724302005000300004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151724302005000300004&lng=pt&tlng=pt).

Nascimento, C. L. (2017). A experiência da arte e a psicoterapia: reflexões fenomenológicas. *Mnemosine*, 13(2) 20-28. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41728>

Padilha, J. C. (2018). *A fenomenologia estética de Michel Henry: a arte como revelação da vida invisível*. Dissertação de mestrado, Universidade de Santa Catarina. Centro de ciências sociais e humanas, programa de Pós-Graduação em filosofia. <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/15872>.

Reynier, G. (2011). L'Homme déformé chez Bacon. *Champ psy*, 59(1), 143-174. <https://doi.org/10.3917/cpsy.059.0143>.

Sales, L. S. (2002) Fantasia e teorias da sedução em Freud e em Laplanche. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 323-328.

Sylvester, D. (2007). *Entrevistas com Francis Bacon*. Cosac Naif.

Souza, E. C. (2007). *(Auto)biografia, histórias de vida e práticas de formação*. EDUNEB, 2006.

Umbelino, L. A. (2012). O corpo em acto. Actualidade de Maine de Biran. *Revista de história das ideias*, 1(33), 31-46. [https://doi.org/10.14195/2183-8925\\_33\\_3](https://doi.org/10.14195/2183-8925_33_3).



# A CONSTITUIÇÃO DO DELÍRIO E A CRIAÇÃO POÉTICA: considerações psicanalíticas sobre a linguagem nas psicoses

*Ana Giulia de Araújo Conte*  
*Márcia Cristina Maesso*

---

No descomeço era o verbo.  
Só depois é que veio o delírio do verbo.  
O delírio do verbo estava no começo, lá  
onde a criança diz: Eu escuto a cor dos passarinhos.  
A criança não sabe que o verbo escutar não  
funciona para cor, mas para som.  
Então se a criança muda a função de um  
verbo, ele delira.  
E pois.  
Em poesia que é voz de poeta, que é a voz  
de fazer nascimentos –  
O verbo tem que pegar delírio.

Manoel de Barros, O livro das ignoranças

O presente trabalho parte de um antigo, mas ainda poderoso esforço de refletir sobre a estrutura psicótica e sua clínica. Retomando as formulações de Sigmund Freud e Jacques Lacan sobre as psicoses, propõe-se pensar o delírio, esta peculiar narrativa que o sujeito edifica para refazer seu mundo implodido e que, em sua particular rede de significações, supõe afinal um dizer. A concepção lacaniana da psicose como um distúrbio da ordem da linguagem, formulada no período de 1955 e 1956 na ocasião de seu terceiro seminário anual, esteve amparada na influência da emergente linguística estrutural no início do século XX e incita, aqui, a um diálogo com outro pensador da linguagem, o poeta Octavio Paz. O delírio e a poesia são pensados em paralelo, sem a pretensão de aproximá-los em sua estrutura, mantendo em suspenso o questionamento sobre as contribuições que a subversão das normas linguísticas que a poesia acarreta poderiam trazer à escuta do delírio em seu dizer. O objetivo deste trabalho, portanto, é lançar um trajeto entre a psicanálise e a criação poética como foi concebida por Paz, para refletir sobre a linguagem na psicose, esta estrutura que envolve o Outro da linguagem, e então pensar sobre



as implicações éticas entre a escuta do delírio como loucura ou como dizer do sujeito numa expressão poética, resguardando as diferenças entre ambos.

Sigmund Freud insistiu na impossibilidade de tratamento das psicoses pela psicanálise (1911/2010a; 1915/2010b; 1925/2011c), baseado na constatação de que o investimento libidinal restrito ao próprio Eu impossibilitaria o estabelecimento de relação transferencial, móbil do acesso ao inconsciente. Se as considerou inacessíveis à análise, produziu preciosas teorizações que deixou como legado aos psicanalistas que se dedicassem ao tema no futuro (1925/2011c), não deixando de reconhecer que as psicoses tinham muito a ensinar à psicanálise (1937/2019). Dedicou-se ao sistema delirante de Schreber (1911/2010a) como um linguista se dedica ao seu objeto (Lacan 1955-56/1985), e observou que o delírio, longe de ser uma manifestação patogênica a ser cessada, representava a tentativa de reconstruir seu mundo subjetivo, “não mais esplêndido, é certo, mas ao menos de forma a nele poder viver” (Freud, 1911/2010a, p. 94). O trabalho do delírio consiste, então, na reconstrução desse colapso interno provocado pelo rechaçamento da realidade.

Jacques Lacan, atento às entrelinhas do que Freud deixou por desenvolver, manteve vivo interesse pelas psicoses. No início de seu ensino, delimitado nos anos de 1950 – período em que se concentram as ideias pertinentes a este trabalho – a psicose está referida ao imaginário e à concepção de linguagem retirada da linguística saussuriana. No Seminário dedicado às psicoses (1955-56/1985), escreveu: “para que estejamos na psicose, é preciso haver distúrbios de linguagem” (p. 110), após realizar uma minuciosa análise do constructo lógico freudiano “*Eu o amo*” que ocorre na paranoia. Impossibilitado de recorrer, como o neurótico, ao complexo de castração para se defender do conflito, o psicótico recorre a outra saída, a da construção de um delírio que o proteja da angústia. Para Lacan, a castração não é uma questão do corpo, mas uma questão simbólica: tem o sentido simbólico de uma perda de integridade física. Schreber não consegue simbolizar algo, e, na impossibilidade de viver em um mundo em que não é castrado, constrói um delírio para que possa viver.

O delírio é efeito de um distúrbio da linguagem, e provoca uma modificação da realidade a partir da proliferação imaginária que inunda o sujeito. Questionando se o delírio pode ser tomado como uma narrativa, tenciona-se neste trabalho evocar a arte literária para auxiliar a reflexão. Para tal, são lançados os improváveis diálogos desta forma de desconstrução da ordem simbólica com a poesia, a partir do que foi apresentado pelo brilhantíssimo autor Octavio Paz em seu livro *O arco e a lira*, de 1956 – concebido, curiosamente, concomitante ao desenvolvimento do terceiro seminário de Jacques Lacan, *As psicoses*.

A coincidência não se encerra na data. Os dois autores, geográfica e culturalmente distantes, beberam da prenhe fonte da linguística e trataram de falar

dela a partir justamente de sua subversão, ou seja, de desenvolvimentos que respeitosamente abriram novos horizontes, pensando suas problemáticas sem jamais deixar de exaltar suas ricas contribuições às ciências do homem e da cultura. O que os autores fizeram em suas obras não deixou de prestar um respeito solene à linguística, mas na subversão de seu campo e de seu alcance puderam oferecer preciosas contribuições à psicanálise e à poética, respectivamente.

A referência à subversão neste trabalho é embasada na noção apresentada por Dunker (2011), e tem o sentido de “inverter e deslocar o sentido de um processo” (p. 440). É uma passagem ao contrário que implica em um novo deslocamento, ou seja, uma subversão com preservação da estrutura. De acordo com o autor, a psicanálise subverteu, em seus princípios, os parâmetros da clínica psiquiátrica, da qual se originou. Jacques Lacan insistiu na importância desse deslocamento, tal como se pode observar pela extensão do termo em sua obra.

Octavio Paz (1956/1982) serviu-se do universo simbólico da linguagem como ferramenta para pensar o fenômeno e a criação poética. Para o autor, a poesia contém em seu ser a habilidade de revelar o mundo, e de maneira simultânea criar outro. Consonante a isso, obedece às regras da língua e inventa outras, brinca com elas. É próprio da palavra que não caiba no ideal de univocidade de seus significados, carregando em seu ser uma pluralidade de sentidos. A criação poética consiste na transformação da matéria-prima – a palavra, em seu estado natural, repleto de polissemias, ambiguidades, nonsenses, enfim, tudo o que indica que sua natureza vai muito além do sonoridade e da significação – em obra, levando ao mundo uma possibilidade inesgotável de significações. O poeta, ciente da natureza da linguagem, recupera a originalidade primitiva da palavra, uma reconquista que “afeta os valores sonoros e plásticos tanto como os valores significativos” (Paz, 1956/1982, p. 26). Ele dispõe da linguagem em seu estado bruto e, brincando com aquilo que lhe é inerente, faz surgir uma obra. Em vez de aprisionar a palavra, reduzindo-a e mutilando-a, o poeta liberta, recupera seus sentidos e pode revelar a essência (ou estrutura) própria da linguagem.

Destacamos então a arte, a poesia, a psicanálise e as psicoses – em comum, todas inserem um modo particular de dizer sobre as questões humanas, uma maneira absolutamente específica e, por que não, subversiva em relação ao modelo científico racionalista e empirista, que tem como caro às suas estruturas a eliminação do equívoco e a exclusão do sujeito em sua pretensão de objetividade. Sem deixar de prestar contas às suas diferenças, igualmente relevantes, essas áreas incitaram a uma concepção da cultura, do homem e da linguagem que não se pretende de modo algum a um encerramento, mas a uma constante reflexão de seus elementos, destacando a dicotomia entre razão e desrazão, na qual a razão é concebida como o sentido compreensível e socialmente compartilhado em correspondência à verdade.

Trata-se de pensar a relação entre as diferentes formas de insubordinação às normas da língua, na poesia e no delírio, tomando-os em seu dizer e disso retirar as consequências teóricas e clínicas para a psicanálise, de modo a refletir sobre que contribuições a escrita poética poderia fornecer à clínica das psicoses, uma clínica não-tradicional e historicamente submetida aos efeitos da hipermedicalização e reclusão. Essa leitura do delírio e da poesia e de como funcionam é importante para ressaltar que a psicose é um dos modos de estruturação que envolve o Outro da linguagem, indo de encontro à aceitação psiquiátrica de um transtorno que deve ter suas manifestações cessadas.

## **Formulações freudianas sobre as psicoses**

Nas notas sobre o caso Schreber, Freud (1911/2010a) atestou que a paranoia tem a característica de “revelar, ainda que de forma distorcida, justamente o que os demais neuróticos escondem como um segredo” (p. 14), ou, como Lacan assevera, na psicose, o inconsciente funciona a descoberto. O sistema delirante do presidente Schreber, organizada pela teoria dos raios divinos, guarda importantes relações com a teoria freudiana da libido (Lacan, 1955-56/1985). Freud decifrou, em sua leitura das memórias de Schreber, a linguagem do inconsciente, e viu no delírio um trabalho de reparação: “O que consideramos produto da doença, a formação delirante, é na realidade tentativa de cura, reconstrução” (Freud, 1911/2010a, p. 94).

Na psicose, há um desvanecimento do significado do mundo exterior, resultando em um desinvestimento objetal e na emergência pela criação de um novo mundo (Freud, 1924/2011a). O delírio, resultado dessa reformulação da realidade, tem a função de um remendo colocado onde surgiu anteriormente a fissura entre o Eu e o mundo exterior. A criação da nova realidade tem o propósito de não despertar a mesma objeção, tornando-se admissível para o aparelho psíquico, e tem nas fantasias inconscientes o material para a reconstrução (Freud, 1924/2011b). Já que a parte afastada da realidade retorna para “importunar a psique” (Freud, 1924/2011b, p. 219), há uma contínua adaptação das percepções à nova realidade, sendo então as alucinações submetidas a esforços de reinterpretação até que um delírio se constitua.

Freud (1937/2019), no texto dedicado à interpretação e ao lugar do analista, percebeu que interpretar pressupõe certa desconfiança em relação à linguagem: ela não diz tudo. O sentido não está lá; ele é produzido pelo sujeito por meio de uma lógica do inconsciente. Cada produção do sujeito – o sonho, o ato falho, o lapso, o sintoma, o delírio – se insere em um contexto de certas condições subjetivas. Ele assegurou que o delírio possibilita uma explicitação: é o lançamento de um núcleo de verdade do sujeito, sendo a

mais clara referência à sua pré-história: “a loucura não só tem método, como já reconheceu o poeta, mas também contém uma parte de verdade histórica, e nos é lícito supor que a crença obsessiva que a loucura encontra extrai a sua força justamente de tal fonte infantil” (Freud, 1937/2019, p. 378).

Muito semelhante ao mecanismo do sonho, o afastamento da realidade no delírio é uma brecha à imposição da fantasia na consciência, tendendo à realização do desejo. A constatação da semelhança entre algumas manifestações neuróticas e a característica do delírio de deslocar uma verdade histórica para o presente ou para a expectativa do futuro leva Freud a crer que uma grande contribuição à psicanálise pode ser apreendida das psicoses, “mesmo se o sucesso terapêutico não acontecer” (Freud, 1937/2019, p. 379).

O delírio, então, é uma tentativa de explicação e reconstrução, substituindo a realidade renegada [*Verleugnet*] no presente por outra. Cabe ao analista a revelação das relações íntimas entre o material da recusa [*Verleugnung*] atual e o que foi suprimido nos primórdios. A construção do analista retoma uma parte da história de vida perdida, assim como “o delírio também deve o seu poder de convencimento à porção de verdade histórica que ele coloca no lugar da realidade rejeitada” (Freud, 1937/2019, p. 379). O delirante, portanto, também sofre de reminiscências.

## A linguagem do órgão: prenúncio a Lacan

Dentre os ensaios dedicados à metapsicologia, Freud (1915/2010b) se deparou com a necessidade de falar especificamente das neuroses narcísicas, incluindo a esquizofrenia (ou “parafrenia”, como preferia denominar), para delinear mais claramente o sistema *Ics*, seu funcionamento, lógica e relações com a linguagem. Na esquizofrenia, há um abandono dos investimentos objetivos, e a libido retirada do objeto recua para o Eu. O que se observa é uma regressão a um narcisismo sem objeto, o que justifica sua incapacidade para a transferência. As formações delirantes, embora apareçam como manifestações do processo patogênico, representam a tentativa de cura, por se tratarem de uma reconstrução da realidade insuportável que antes provocou a divisão.

O fundador da psicanálise pôde, através de um caso clínico a ele relatado, constatar a concretude e literalidade das palavras na psicose, e percebeu que as declarações da doente desvendavam a significação e a gênese da formação de palavras na esquizofrenia (Freud, 1915/2010b). A relação do sujeito com o corpo fez Freud perceber o traço hipocondríaco que se apresenta na fala, onde se destaca, na cadeia de pensamentos do psicótico, o próprio órgão ou as sensações dele provenientes. Nessa “linguagem hipocondríaca” ou “linguagem do órgão” (Freud, 1915/2010b, p. 142), as palavras são provenientes do mesmo processo a que são submetidas as imagens oníricas, o processo

psíquico primário. São palavras condensadas e submetidas ao deslocamento, tal como se observa no trabalho do sonho, onde uma só palavra pode representar toda uma cadeia de pensamentos.

A formação delirante privilegia a palavra em detrimento da referência à coisa, ou, melhor, leva a palavra ao estatuto de coisa. Apesar do profundo abandono dos investimentos de objeto, “o investimento nas representações verbais dos objetos é mantido” (Freud, 1915/2010b, p. 146). O psicótico abandona o investimento libidinal no objeto em si, mas mantém libido na representação-palavra; o que ocorre é uma espécie de desligamento entre a palavra que anteriormente representava o objeto e o objeto em si, e essa palavra perambula no sujeito e percorre a concretude de seu corpo. É uma maneira de tentar reaver os objetos perdidos pelo desinvestimento; mantém-se sua parte verbal (a palavra), em vez da própria coisa, sendo, assim, uma conciliação que se faz em favor da cura.

Esta noção de linguagem do órgão desenvolvida por Freud é central por servir como precedente para as formulações de Jacques Lacan, baseadas no estudo da linguística saussuriana e nas transformações que propôs para aplicá-la à psicanálise, formulando a noção do inconsciente estruturado como linguagem.

## **As contribuições de Jacques Lacan**

Jacques Lacan dedicou às psicoses, nos primórdios de seu ensino, parte importante de sua obra. Neste trabalho, a ênfase se dará nesses anos iniciais, o período de retorno a Freud, onde o imaginário ocupava lugar central e tinha o ponto de apoio da linguística estrutural para ser situado. Desenvolvimentos posteriores em sua obra, que permitiram um novo olhar para o que até aqui foi desenvolvido, serão deixados em suspenso por ora, em função do escopo do trabalho de abordar a função da linguagem no delírio e na poesia.

Esmiuçando o gérmen deixado por Freud no estudo das psicoses, Lacan parte dos problemas nosográficos e de tratamento que as psicoses suscitavam na psicanálise e na psiquiatria. Situando-se com ambiguidade nos manuais diagnósticos, que não sugeriam terapêutica adequada, a psiquiatria almejou e acreditou numa restituição do sentido na cadeia de fenômenos patológicos como uma maneira de compreender o doente e seu adoecimento. Lacan (1955-56/1985), por sua vez, propôs que toda compreensão não passa de pura miragem. Postulou o mal-entendido como entrave e, paradoxalmente, como condição à comunicação, o que implica na impossibilidade de que um dizer possa ser inserido numa lógica de causalidade. Não é de compreender o doente ou a etiologia de seu adoecimento de que se trata, portanto, mas de admitir o dizer em sua particular rede de significações e disso extrair uma escuta clínica.

O caso Schreber é o texto de Schreber, pois tudo que foi dito, pensado e conceituado partiu de seu escrito, elaborado em um momento avançado da psicose, onde o delírio já havia sido formulado. A obra é a formalização de seu delírio. Freud percebeu a recorrência de certos signos e supôs que o conteúdo do delírio não é produzido de maneira eventual (acidental), mas contido em uma lógica, e disso retirou os princípios gerais da constituição da paranoia. Lacan (1955-56/1985) o comparou a um linguista, já que sua abordagem foi da ordem de uma decifração; ele reconstituiu a cadeia do texto, atribuiu-lhe significação a partir de sua história clínica e dados biográficos. Seu mérito foi o de demonstrar como seu mundo era estruturado, em se aprofundar em seu dizer e em sua língua, mas, por se tratar de uma tradução, de uma interpretação simbólica, não fez a necessária distinção entre neurose e psicose.

O texto de Schreber circula pela ordem simbólica, somente “pela porta de entrada do simbólico é que se consegue penetrá-lo” (Lacan, 1955-56/1985, p. 20), pois é pelo uso de elementos do discurso comum que ele se exprime. Representa, no entanto, o furo do Simbólico, a rompimento com o pacto da linguagem. Há uma ruptura na economia do discurso, na relação da significação com a significação, na relação de seu discurso com o ordenamento comum, resultado de uma impossibilidade de mediação simbólica que culmina em uma proliferação imaginária.

Na psicose, o inconsciente está a descoberto, é consciente. Mas esta qualidade, a de ser um não consciente, não é onde guarda sua eficácia. A grande inovação de Freud é perceber no inconsciente uma lógica, regida pelas leis da linguagem, o que resulta, para Lacan, na fórmula: “o inconsciente é uma linguagem. [...] Que ela seja articulada nem por isso implica que ela seja reconhecida” (Lacan, 1955-56/1985, p. 20). Na análise do caso Schreber, Freud se implica em traduzir essa língua, língua estrangeira, língua fundamental, para reconstituí-la. No que concerne à linguagem, diz Lacan, o sujeito está na mesma relação que Freud, já que o psicótico é estrangeiro à própria língua, alheio ao inconsciente que se mostra. O inconsciente aparece no real, aquilo que escapa à simbolização.

Para Lacan (1955-56/1985), a experiência da psicanálise é uma experiência de linguagem. Da linguística estrutural herdou a noção de signo, aquilo que representa algo a alguém, e que é constituído por significante e significado. Subvertendo a relação original entre os elementos, definida por Ferdinand de Saussure, Lacan observa uma barra, barreira resistente à significação e indica o significante como aquilo que representa o desejo inconsciente, que serve de suporte ao desejo. Demarcando a primazia do significante em relação ao significado, ele demonstra que há algo de que o significado não dá conta. O sistema de linguagem abrange a totalidade das significações, mas não esgota as possibilidades do significante.

O significante isolado não significa nada. Na articulação da cadeia de significantes, onde o sentido é dado, ele pode passar ao universo das significações. A concatenação dos significantes, portanto, é o que determina os efeitos de significado e de significação. A psicose tem uma lógica própria, ou melhor, uma maneira própria de se relacionar com o significante, onde significante e significado estão indissociados, ou, como delineou Freud (1915/2010b), a palavra é idêntica à coisa. Há desarticulação da cadeia, própria da maneira de lidar com a linguagem. Ocorre uma falência da função do significante de deambular o sentido. Materializado, o significante significa algo; significa tudo. Não há articulação com outros significantes na cadeia, o que resulta em uma dificuldade na simbolização e a emergência desses significantes no real. Significando tudo, a palavra não tem a mediação do símbolo como na neurose, e coincide com a coisa. Perde-se o sem-sentido na psicose. Impregnado de sentido, o sujeito tenta dizer do real, do impossível.

É disto que se trata a forclusão do significante paterno (Nome-do-pai), *Verwerfung*. Este termo, já contido em Freud e elevado a conceito por Lacan, é uma das negações constitutivas do sujeito, específica da psicose. A *Verwerfung*, furo na linguagem, define uma defesa do sujeito contra a castração e uma operação de negação constitutiva, onde se faz a distinção de um lugar, o fora, que é exterior (real) e distinto daquele onde o recalcado retorna (Rabinovitch, 2001). A *Verwerfung* é uma abolição simbólica. Todo acesso à castração é rejeitado, tendo como efeito o reaparecimento no real. Aquilo que volta de fora é justamente o que não foi simbolizado. Nisto consiste a alucinação: o ressurgimento no real daquilo que não está integrado no sujeito. Com o que resta, o sujeito compõe um mundo.

A simbolização se refere à Lei; a experiência humana é realizada por meio e através dela. A Lei fundamental, portanto, é uma Lei de simbolização, que o Édipo vem instaurar (Lacan, 1955-56/1985). Na psicose, a lei é intolerável, pois ela comporta um sacrifício, uma renúncia que é tida como impossível no plano das significações.

## O delírio: fenômeno de linguagem

A psicanálise nunca pretendeu relegar a psicose ao plano das anomalias que a nosografia psiquiátrica estabeleceu em seus manuais. Diferente de conceber o delírio como uma manifestação sintomática a ser combatida, Freud (1911/2010a) o viu como a saída, a solução para a angústia de castração. Se para Freud a castração é uma questão do corpo, para Lacan ela implica que não se pode dizer tudo. O delírio é uma narrativa que serve a uma sistematização e pode inserir o sujeito, ao menos parcialmente, no pacto da linguagem. Nem



sempre, no entanto, ele pode ser constituído; é preciso criar as condições de possibilidade para sua articulação.

O delírio se apresenta como uma composição, um texto que se constrói em um momento posterior<sup>11</sup> ao do surgimento das turbulentas alucinações, onde todo o mundo está tomado por significação. Apresenta-se como uma verdade explicitada, oposta à ocultação neurótica decorrente de um compromisso simbolizante, e contém em sua estrutura uma significação irreduzível, que remete somente a si própria e que funciona como um ponto de basta. Assim, sua especificidade está na inflexível certeza (a certeza delirante) e no neologismo, que cria uma *fórmula* que se repete com insistência e uma interrupção na rede do discurso. (Lacan, 1955-56/1985). O delírio se utiliza da linguagem comum para subverter a língua, para fazer um uso próprio dela, sendo essa a estrutura, ao nível da economia do discurso, que contém sua especificidade, o que marca sua *diferença*. Na cadeia de significantes, a significação remete sempre à outra, e isso se dá por seu efeito de metáfora e de metonímia. A significação do delírio, no entanto, não remete a mais nada.

A lei do homem é a lei da linguagem (Lacan, 1953/1998). Esta lei, representada pelo significante Nome-do-Pai, direciona a fala para um sentido, impondo uma ordem simbólica (Outro) que organiza, ordena o mundo. Mas a inserção nessa ordem é sempre incompleta, deixa um resto. A lei implica a sujeição às normas, a limitação pela gramática e regras da língua que reiteram ao sujeito que não se pode dizer tudo. A recusa ao pai como ordenador da fala – não o pai biológico ou o papel social e cultural do pai, mas o pai como significante que introduz uma barra e faz operar a metáfora –, que se manifesta como a recusa da ordem simbólica, tem como efeito a perda de sentido. Invadido por palavras, o psicótico destrói o discurso, sai do uso comum da fala e reconstrói um mundo próprio, onde pode, então, existir.

O que se produz na psicose em nada se assemelha ao compromisso simbolizante da neurose, ocorrendo, ao contrário, uma espécie de alastramento, transbordamento ao nível do imaginário. A *Verwerfung*, forclusão do significante Nome-do-Pai, ou seja, da função do significante enquanto tal, marca a impossibilidade estrutural de um retorno no simbólico. Da profusão alucinatória pode surgir a formulação de um delírio, desde que se tenham as condições para tal. A formulação do delírio sinaliza alguma estabilização, é a criação de um sistema de interpretação do mundo mais estável, que para a significação.

O mundo havia começado a ganhar significação; elementos neutros da realidade assumiram um valor e são reinterpretados para formar essa composição que é o delírio. O excesso de significação marca a certeza delirante, mas o delírio não é um sistema hermético, impenetrável. Há flutuações de sentido

11 Em termos de tempo lógico, e não cronológico.



desde sua formação, espaços em aberto, inconsistências reconhecidas pelo sujeito e que ficam sujeitas a integrações, exclusões e agregação de elementos da nova realidade para compor sua forma final.

A significação das palavras do sistema delirante tem como característica remeter somente a ela própria, que permanece irreduzível. Trata-se de uma paralisação da significação, uma interrupção na rede do discurso. Esta característica estrutural é o que faz com que o delírio seja reconhecido. A linguagem do delirante carrega consigo essa desavença com o ordenamento comum, de caráter neológico. É próprio do dizer psicótico uma ambiguidade em sua significação e esse elemento de discordância com a linguagem comum, o neologismo. Não é que se trate de outra língua, mas de uma língua que rompe, na economia do discurso, com a relação entre as significações. A linguagem do psicótico é sem dialética, sua fala revela um mundo de certezas, onde tudo se refere ao sistema delirante (Lacan, 1953/1998). Ele é cercado de realidades possíveis, marcadas pela certeza de que a interpretação lhe concerne.

Se o delírio é o que cobre o que não pode ser dito, ele é também tudo aquilo que o sujeito pode dizer com essa língua própria que só o imaginário sustenta. Tudo o que ao simbólico falta, não deixa afinal de ser dito.

## **A Lei do homem é a Lei da linguagem**

Falar da clínica da psicose sem tratar do campo da linguagem seria incorrer em um erro técnico e lógico. A psicose é um fenômeno de linguagem, um distúrbio na ordem da linguagem, sendo aí onde guarda sua especificidade e sua diferença. O método psicanalítico da associação livre é estruturado através dos fenômenos da fala. Atuar em psicanálise deve significar se aprofundar nesse campo.

Refletindo sobre as condições de possibilidade da psicanálise, Lacan (1953/1998) considerou que ela está fundada no campo da linguagem, o que resultou no célebre aforisma *o inconsciente é estruturado como uma linguagem*. Ele parte da crítica ao encaminhamento da psicanálise pelos pós-freudianos, que, em seu infértil formalismo, reduziu a psicanálise a convenções técnicas fastidiosas. Como alternativa, o propôs conceber a estrutura do inconsciente como homóloga à da linguagem, defendendo o estudo das funções da fala como aquele ao qual o psicanalista deve se dedicar, mantendo em seu horizonte o intuito de elucidar os princípios das teses de Freud, tornando evidentes suas construções e sentido original.

O sujeito ergue uma narrativa, assume sua história por meio da fala endereçada ao outro, sendo isto o que atende aos propósitos da psicanálise. O instrumento da psicanálise é a fala, que confere um sentido às funções do sujeito, e seu campo é o do inconsciente, que é justamente esse discurso

marcado pelo entrecorte, pela descontinuidade: “O inconsciente é o capítulo de minha história que é marcado por um branco ou ocupado por uma mentira: é o capítulo censurado. Mas a verdade pode ser resgatada; na maioria das vezes, já está escrita em outro lugar” (Lacan, 1953/1998, p. 260).

Dispondo da subversão que fez da linguística saussuriana – em que eleva o significante ao lugar de preponderância sobre o significado, inaugurou um modo de transmitir a psicanálise que não responde aos apelos da ciência de eliminar o equívoco próprio da linguagem e permitiu uma teoria que a subverte em suas bases. O ensino lacaniano permitiu dar lugar à escuta de produções que, justamente, transgridam os limites convencionais da língua. A linguagem confere ambiguidade ao inconsciente. A fala não tem como esgotar seu próprio sentido, a não ser pelo ato que gera esse sentido. Assim, um sistema delirante pode ser admitido, por suas inconsistências, pelo uso de polissemias, pelo apreço pelas ambiguidades, e assim ser consistente com uma concepção específica de linguagem da qual Lacan se utiliza.

## Linguagem e poesia em Octavio Paz

Octavio Paz foi um poeta e ensaísta mexicano que dedicou sua obra à poesia e à função poética da linguagem. Considerado um dos maiores poetas de língua hispânica, escreveu *O arco e a lira* (Paz, 1956/1982), livro que com todos os recursos poéticos trata de poesia, reflete sobre a experiência do fazer poético e sobre as possibilidades da linguagem. Utilizando-se de riquíssimas referências da literatura, da linguística e da história e da cultura latino-americana, a obra tem o mérito de servir-se da linguagem poética para falar da própria poesia, conferindo à leitura um ritmo próprio.

Dedicando-se ao poema, Paz (1965/1982) afirma que houve um tempo (mítico), em que a atitude do homem diante da linguagem era de total confiança, em que o signo era a cópia do objeto, ou a arte cópia da realidade, capaz de engendrará-la. O abismo entre as coisas e seus nomes não foi prontamente identificado, e somente pela constatação da profunda diferença entre o objeto e sua representação é que as ciências da linguagem obtiveram sua autonomia e seu espaço. Se já houve a pretensão de fixar um significado único aos vocábulos, logo se impôs a rebeldia da palavra à sua definição. Não há correspondência possível entre o objeto e seu signo. Por esse abismo, cada palavra é uma metáfora daquilo que designa.

Todas as criações humanas são feitas de palavras – todas as questões humanas, portanto, são questões da ordem da linguagem. O ser humano é inapreensível sem as palavras, necessita delas para se constituir e ser apreendido. É um ser de palavras, ser de linguagem. E o autor não se furtou de tratar dos efeitos e limites desta ideia: tem-se, “num extremo, a realidade que as

palavras não podem expressar; no outro, a realidade do homem que só pode se expressar com palavras” (Paz, 1956/1982, pp. 36-7). As palavras são o único testemunho da realidade humana, mas a isto coexiste um impossível, que Lacan propôs chamar de real, sobre o qual a linguagem nada pode apreender.

Se para o autor a palavra o próprio homem, as ciências da linguagem não podem ter seu objeto isolado. Assim, a linguística tem em suas raízes a limitação em relação a seu objeto que, inseparável e indivisível do homem, não pode ser apreendida, escapa-nos: “A linguagem é uma condição da existência do homem e não um objeto, um organismo ou um sistema convencional de signos que podemos aceitar ou rejeitar” (Paz, 1956/1982, pp. 37-8). Sua crítica à linguística perpassa a relação desta ciência com seu objeto, que não pode ser uma relação objetiva.

A linguagem, afirmou, é uma metáfora da realidade. Cada palavra é uma metáfora, é um instrumento mágico, capaz de transmutar aquilo que toca e de transformar algo em outra coisa. Mas não basta, para a criação poética, que se faça uso da função metafórica da palavra. Se as palavras são a substância do poema, não o são propriamente. A linguagem é viva, permanentemente recriada pelo homem, e, por isso, a fala constantemente evoca jogos de palavras, expressões ou imagens incitadas pela imaginação e pela fantasia, mas que se apagam de maneira tão efêmera como foram criadas. A isso, o autor denominou expressões poéticas, sempre presentes entre os falantes de uma língua e que mantém naturalmente preservada a natureza poética da fala. Para que um poema surja, é necessário algo mais. Não se pode atribuir a criação poética simplesmente ao dinamismo da linguagem; é preciso que intervenha uma vontade criadora. É preciso que um sujeito, por obra de uma deliberada intervenção na ordem simbólica, efetue uma transformação na experiência. Lacan (1955-56/1985) apontou algo semelhante: “Há poesia toda vez que um escrito nos introduz num mundo diferente do nosso, e, ao nos dar a presença de um ser, de uma certa relação fundamental, faz com que ela se torne também nossa” (p. 94) e, adiante: “A poesia é criação de um sujeito assumindo uma nova ordem de relação simbólica com o mundo” (p. 94).

## Poética e produção delirante

O delirante desvenda a palavra, expõe a relação não fixa entre o significante e o significado, ou, nos termos de Paz, entre o objeto e seu signo. Descoberta desta pretensão de fixidez, a palavra se movimenta por meio de sua voz e enuncia as fragilidades do mundo ordenado do neurótico, edificado sobre bases pouco consistentes. O delírio é uma expressão poética, mas, para que haja um poema, uma criação, é preciso alguém que coloque a linguagem em marcha, que deixe a descoberto a carga metafórica da palavra, impelido

pela vontade de desatracar as amarras da linguagem. A força criadora da palavra reside no sujeito que a pronuncia.

O delírio se passa como efeito da falha no simbólico, em função da operação de forclusão do Nome-do-Pai, tendo como resultado o retorno no real. Em poesia, ao contrário, é o simbólico que rege todo o jogo linguístico. O poeta, sob forças da operação de sublimação, contorna o vazio, mas ciente da impossibilidade de preenchê-lo, ciente de que o vazio não pode ser ocupado.

Com a ideia de linguagem do órgão, Freud (1915/2010b) destacou a concretude das palavras na psicose, resultado de um sobreinvestimento na palavra em detrimento do investimento objetual, que culmina em uma vivência em que a palavra se eleva ao estatuto de coisa. Há uma perda metafórica, uma subtração de valor de metáfora da palavra, que permitiria simbolizar a angústia de conviver com a castração. Lacan (1955-56/1985) afirmou que o material do discurso de Schreber é o corpo próprio: é no corpo que o sujeito vivencia seu delírio, seu corpo é utilizado à sua revelia. A vivência é literalizada, e localizada no corpo. A linguagem do delirante, linguagem do órgão, articula a concretude que se manifesta quando o simbólico falha.

Manoel de Barros declara: “O delírio do verbo estava no começo, lá/ onde a criança diz: Eu escuto a cor dos passarinhos./ A criança não sabe que o verbo escutar não/ funciona para cor, mas para som”; já o psicótico, dispondo das palavras provenientes do processo primário, não sabe que a palavra não corresponde ao objeto que representa. Não é por reconhecimento como artista que o psicótico dispõe da arte, mas por obediência às vozes, por gozo disperso e não endereçado: “podemos supor que a arte como sintoma, no caso da psicose, não visa o endereçamento ao Outro da cultura e sim o tratamento do gozo para enquadrá-lo e atenuá-lo” (Quinet, 2006, p. 90).

Se o psicótico está fora-do-discurso, avesso ao laço social estabelecido, isto não significa que está alheio à linguagem; ao contrário, se podemos acessá-lo, é justamente porque ele circula no registro simbólico, faz uso dele. Mas a visita que faz aos laços sociais vigentes é feita com exterioridade, transitando como turista, condizente com sua condição de fora: fora-do-discurso e fora-cluído (Quinet, 2006). Ele chega a se utilizar da língua, mas fazendo provocações, revirando-a, deslocando-a, elevando sua função criativa ao desfazer as significações convencionais e as conexões entre significantes e significados.

O psicótico subverte a língua – desloca de seu uso convencional, mas mantém a estrutura, razão pela qual se pode acessá-lo. Apropria-se dela em benefício da reorganização dos conteúdos inconscientes que surgem à própria revelia, na forma de um delírio, ou seja, de uma narrativa, mais ou menos estruturada, que forneça alguma coesão entre os elementos subjetivos providos de significação, remetidos às fantasias inconscientes que aparecem expostas à luz do dia. É um texto que surge como “verdade explicitada”

(Lacan, 1955-56/1985, p. 37). Tentativa de cura, serve a uma reconstrução dos conteúdos rudes e abrasivos da alucinação. O sistema delirante, funcionando ele próprio como uma linguagem, contém em sua estrutura a ambiguidade, a polissemia, o *nonsense*, os neologismos como assinatura.

O poeta, por sua vez, em sua tentativa de transcender o idioma, “jamais atenta contra a ambiguidade do vocábulo” (Paz, 1956/1982, p. 25). Ele respeita sua pluralidade, suas deformações e inconsistências, e contempla o equívoco próprio da natureza da palavra. O prosador, ao contrário, busca um sentido unívoco, livre de ambiguidades, definindo claramente seus termos, delimitando rigorosamente o sentido das palavras. É com violência que essa operação se realiza: amputa-se da palavra seus significados latentes.

O poema subverte a língua, aproveita-se de seu aspecto estético de desdobramento e apropriação do sem-sentido para elevar o idioma e provocar-lhe furos, para se utilizar do Real que resta impossível de representar na própria representação. Pertence à ordem simbólica, mas brinca com o impossível de simbolizar. Já o delírio representa a falha simbólica estrutural e comparece no real. Poema e delírio subvertem a língua, mas em registros distintos.

Calligaris (1989) indicou uma ordem da crise psicótica, um encadeamento que parte da injunção a referir-se à função paterna e que funciona como uma espécie de convocação ao sujeito a ocupar o registro fálico, seguida de um estado crepuscular em que os significantes da função paterna vão falar no real. É neste estado de “crepúsculo do mundo” (Lacan, 1955-56/1985, p. 76) que o sujeito se depara com a alucinação auditiva, fenômeno reconhecidamente psicótico, e a subsequente tentativa, mais ou menos lograda, de constituição de um delírio: “vemos a fase das alucinações turbulentas como uma fase de luta entre a repressão e uma tentativa de cura que pretende conduzir a libido novamente a seus objetos” (Freud, 1911/2010a, p. 101). A narrativa erguida do delírio, tal como se observa nas *Memórias* do presidente Schreber, depende desse sequenciamento onde a interrupção em qualquer um de seus estágios detém a reconstrução do mundo.

A irrupção do delírio, a narrativa em forma final, inabalável e caracterizada pela mais absoluta certeza de que tudo o que há está cercado de significação, não deve ser a crise mesma. Pode ser, ao contrário, que o que quer que haja de crítico (em termos de sofrimento subjetivo) se situe em um momento anterior, no estado crepuscular, marcado pela confusão alucinatória, pelo inundamento perceptivo, pela profusão de pensamentos, ainda sem interpretação definitiva. Esta fase fica sujeita a um esforço de reinterpretação da realidade, agora infestada por material psíquico, e, a partir das atribuições de sentido, cercadas de convicção, um processo cadenciado de criação se inicia, e que contém um ritmo, mais ou menos regular, na construção da narrativa fictícia, narrativa do desejo inconsciente em sua forma menos deformada.

No delírio, há um esforço de reinterpretação da realidade, culminando em um texto que progressivamente se constitui. É um texto infestado por esse caráter significativo, todo seu entorno contém significação, e essa articulação se torna cada vez mais elaborada na medida em que o delírio avança. Por recusar a lei simbólica e a renúncia pulsional que estrutura a civilização, o psicótico faz apenas circulações por entre os laços sociais, permanecendo estrangeiro a eles. Mas o delírio como um texto (não publicado) passa pela tentativa de inserção nesses laços, impõe a emergência de comunicação da significação que aparece para o sujeito.

Dessa função de comunicar (que pode ou não obter êxito) também participa o poeta. Uma obra literária finda no surgimento de um autor, que depende, por sua vez, da existência de um leitor de seu texto. Paz (1956/1982) afirma: “O poema é criação original e única, mas é leitura e recitação: participação. O poeta o cria; o povo, ao recitá-lo, recria” (p. 46). A tentativa de simbolização do psicótico com seu delírio – tentativa de constituir uma metáfora delirante, ou de inserir, na linguagem comum, a verdade de seu delírio – é tentativa de fazer laço, de inserir-se, por comum acordo, em um pacto, o pacto da linguagem, onde há reconhecimento. É neste sentido que delírio é tentativa de cura: tentativa de fazer parte, à sua própria maneira, daquilo que une o ser humano.

Tão diferentes em suas estruturas, tão distintos nas operações que lhes constituem, poesia e delírio compartilham da subversão das normas da língua. O poema é uma provocação à ordem simbólica, enquanto o delírio é a solução para a impossibilidade de viver nela. Vislumbramos, aqui, a possibilidade de que uma familiaridade com a estrutura subversiva da poesia possa auxiliar a escuta do delírio através de uma suspensão das normas da língua, que revela um dizer nas entrelinhas, e que faz advir o sujeito do inconsciente. Há um dizer; não o admitir não reduz sua potência.

Escutar o delírio com o desprendimento de quem se abre ao poema, com o mesmo desapego às normas formais da língua do qual dispõe o apreciador da obra literária, implica em reconhecer o seu dizer. Banir o delírio é banir uma das vozes que fala sobre nossa história, nossa cultura, nossa sociedade e de como o sujeito nela se insere. Considera-se que o delírio tem tanto a dizer sobre nós quanto as psicoses tiveram a ensinar para a psicanálise. Com isso, espera-se que o *nonsense* que fora atribuído exclusivamente à loucura, mas que em todos habita, não seja censurado, calado, mutilado com devastadores tratamentos.

## Considerações finais

Na psicose, a constituição do delírio faz parte do esforço de reconstrução de um mundo despedaçado pelos conteúdos inconscientes insuportáveis que são lançados para o exterior. A construção delirante funciona como uma

narrativa subversiva da língua que indica a impossibilidade de metaforizar, em razão da falha simbólica constitutiva. O poema, por sua vez, é uma criação que depende da vontade criadora e que impõe uma nova ordem de relação simbólica com o mundo. É uma provocação que se faz à língua, uma subversão deliberada.

A transformação nas convenções da linguagem, que fundamentam o laço social, é o eixo que alinha o delírio e a poesia. Ambos acatam e, ainda, reverenciam a natureza ambígua, polissêmica e equívoca da linguagem, embora o façam de modos distintos. São formados por operações distintas, o que resulta, em termos concretos, em circulações diferentes por entre os laços vigentes. A constituição do delírio deve ser vista em sua natureza, a de tentativa de cura, para que possa haver uma passagem entre o despedaçamento e a dispersão de gozo para uma inserção parcial no pacto social. O analista, por seu silêncio e posição ética, abre espaço para a construção de narrativas e o advir do sujeito, não detendo o sujeito e possibilitando a constituição de um delírio que reorganize sua existência.

O que foi aqui apresentado são algumas formulações iniciais de um trabalho que vem sendo desenvolvido, tratando-se, portanto, de um recorte. Em estudos futuros, pretende-se debruçar sobre desdobramentos posteriores da obra de Jacques Lacan e assim pensar em diferentes abordagens do problema.



## REFERÊNCIAS

Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Artes Médicas.

Dunker, C. I. L. (2011). O nascimento da clínica. In E. Trivinho, G. Cornelli, G. Krause, P. Funari, & P. Jacobi, *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento* (pp. 389-481). Annablume.

Freud, S. (2010a). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*dementia paranoides*) relatado em autobiografia (“o caso Schreber”). In P. C. Souza (Trad.), *Sigmund Freud – Obras completas* (pp. 13-107). Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1911).

Freud, S. (2010b). O inconsciente. In P. C. Souza (Trad.), *Sigmund Freud – Obras completas* (pp. 99-150). Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1915).

Freud, S. (2011a). Neurose e psicose. In P. C. Souza (Trad.), *Sigmund Freud – Obras completas* (pp. 176-183). Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1924).

Freud, S. (2011b). A perda da realidade na neurose e na psicose. In P. C. Souza (Trad.), *Sigmund Freud – Obras completas* (pp. 214-221). Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1924).

Freud, S. (2011c). Autobiografia. In P. C. Souza (Trad.), *Sigmund Freud – Obras completas* (pp. 75-167). Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1925).

Freud, S. (2019). Construções na análise. In C. Dombusch (Trad.), *Obras incompletas de Sigmund Freud: Fundamentos da clínica psicanalítica* (pp. 365-379). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1937).

Lacan, J. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In V. Ribeiro (Trad.), *Escritos* (238-324). Zahar. (Trabalho original publicado em 1953).



Lacan, J. (1985). *O seminário, livro 3: As psicoses*. Zahar. (Trabalho original publicado em 1955-56).

Paz, O. (1956/1982). *O arco e a lira*. Nova fronteira. (Trabalho original publicado em 1956).

Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social*. Jorge Zahar.

Rabinovitch, S. (2001). *A forclusão: Presos do lado de fora*. Jorge Zahar.

# ENSAIO SOBRE A INQUIETANTE *RÊVERIE* EM ANÁLISE

Ana Clara de Oliveira Alves  
Victor de Jesus Santos Costa  
Deise Matos do Amparo

---

*Verifico que estou escrevendo como se estivesse entre o sono e a vigília. Eis que de repente vejo que há muito não estou entendendo. O gume de minha faca está ficando cego? Parece-me que o mais provável é que não entendo porque o que vejo agora é difícil: estou entrando sorrateiramente em contato com uma realidade nova para mim que ainda não tem pensamentos correspondentes e muito menos ainda alguma palavra que a signifique: é uma sensação atrás do pensamento.*

Clarice Lispector, *Água Viva*

Na epígrafe acima, Clarice toca em aspectos da sensação inquietante “atrás do pensamento”. Supomos que algo semelhante, da ordem do *das Unheimliche* (Freud, 1919/2010), acontece na mente do analista no processo de sonhar no contexto analítico. De forma similar e se apropriando da sensibilidade poética de Lispector, esse ensaio tem como escopo apresentar como o processo de constituição da *rêverie* na mente do analista pode ser da ordem do inquietante (*das Unheimliche*) e tocar as sensações sem palavras. Em nossa proposição, temos como objetivo dar espessura metapsicológica a essa sensação perturbadora (Bion, 1970; Ogden 1994/1996) que a *rêverie* pode proporcionar à mente do analista. Alicerçamos nosso trabalho nas heranças de Ferenczi (1928/1992), Fédida (1988) e Ogden (1997/2013) que sustentam a necessidade de uma metapsicologia da técnica analítica, a partir da análise dos processos e modalidades próprios da comunicação inter transferencial e dos processos psíquicos do analista, como paradigma para pensar e revitalizar o manejo clínico.

Nessa direção, o conceito de *rêverie* possui, contemporaneamente, um amplo corpo de desenvolvimento teórico e clínico que explicita as condições de trabalho do analista. A tradução do francês para o português mais aproximada da palavra “*rêverie*” é “devaneio”. Decidimos manter o original em razão de o termo “*rêverie*” já ser consolidado na literatura psicanalítica. Sabe-se, desde Bion (1962), que a *rêverie* é o estado de mente receptivo da mãe aos estados emocionais intoleráveis provenientes do objeto amado transferidos através de identificação projetiva. A capacidade materna de receber e transformar as intensas identificações projetivas de seu filho, dando a elas um significado emocional mais tolerável pode inspirar-nos a pensar a

*rêverie* na situação analítica, embora as duas modalidades devam ser diferenciadas entre si. Um aspecto fundamental que as diferencia é o fato de a análise excluir o contato físico, aspecto que é essencial na situação mãe e bebê (Green, 1987/2017).

Nossa hipótese é de que, para *receber e transformar* as informações provenientes da vida psíquica do analisando, o analista precisará abrir um espaço psicológico em seu aparelho psíquico, ou seja, flexibilizar suas fronteiras do sentimento de si para abrigar um componente *estranho* – evacuado via identificação projetiva. Nesse processo, a própria experiência que ele tem de si mesmo é transformada, na medida em que, para processar esse estranho componente do outro, o analista coloca em jogo o que conhece e o que não conhece (mas, de alguma forma, reconhece) em seu próprio psiquismo, isto é, seus aspectos familiares e estranhos.

## ***Das Unheimliche***

“*Das Unheimliche*” é o título original de um consagrado texto freudiano de 1919, cuja tradução do termo alemão para outras línguas carrega uma grande dificuldade. Em português, o termo já foi traduzido como *o estranho*, *o inquietante* e, mais recentemente, por *o infamiliar*. Em outras línguas, o termo apareceu como *o sinistro* e *a inquietante estranheza*. As três expressões em português serão utilizadas ao longo desse texto, tendo em vista que cada uma parece evidenciar aspectos distintos de *das Unheimliche*: *o estranho* nos remete ao que não é reconhecido como próprio, *o inquietante* sugere a apreensão estética dessa experiência, ao passo que *o infamiliar* traz à tona a dimensão paradoxal do termo em sua oposição ao familiar, a partir do prefixo *in*, que ao mesmo tempo afirma e nega a dimensão do que é *familiar*.

Segundo o “Dicionário comentado do alemão de Freud”, obra de Hanns (1996), Freud (1919/2010) transforma o adjetivo/advérbio *unheimliche* – inquietante, estranho –, em substantivo “*das Unheimliche*” – o inquietante, o estranho, – e eleva uma qualidade à categoria de conceito psicanalítico. Freud (1919/2010) define *das Unheimliche* como o efeito de estranhamento e inquietação diante de algo cuja familiaridade foi esquecida. O prefixo *un* é um prefixo de negação, enquanto *heimliche* corresponde, no alemão, à familiar. Ao investigar o sentido conceitual do termo *heimliche* em diferentes línguas, Freud descobre que seu significado se desenvolve de forma ambivalente e assim evoca o significado oposto ao seu, o adjetivo *unheimliche*. Diante disso, Freud discute a aproximação existente entre o que é familiar e, o que é estranho, e concebe como *das Unheimliche*, a qualidade de um velho conhecido que deveria ter permanecido oculto, porém veio à luz e, assim, promoveu angústia ou horror.

Freud (1919/2010) concentra então sua investigação na angústia provocada por aquilo que é inquietante, infamiliar, localizando o fator infantil e o retorno do recaiado como formadores do núcleo comum a essas experiências. Dessa forma, é conduzido a encontrar três fontes do efeito *das Unheimliche*: as experiências de repetição que remetem ao desamparo infantil, o retorno do recaiado e a vivência de uma impressão que remonta a convicções animistas do narcisismo.

As experiências de repetição que evocam a sensação do inquietante são descritas por Freud (1919/2010) a partir de exemplos literários e pessoais, que expressam um enigmático retorno involuntário a um mesmo ponto, como se estivesse andando em círculos. O exemplo dado foi a experiência na qual Freud (1919/2010) teve de deslocar-se por ruas desconhecidas em uma pequena cidade italiana e, ao tentar encontrar uma direção, voltava sempre à mesma rua de onde havia saído. O autor descreve a sensação inquietante que o acometeu como algo da ordem do desamparo, e aquilo que poderia ser apenas um “acaso” começa a ter a aparência de algo fatídico e inescapável, como uma compulsão a voltar sempre ao mesmo ponto, dentro de um labirinto. Freud afirma que esse eterno retorno pode ter origem na vida anímica infantil. Nesse registro, o autor reconhece o domínio da incessante compulsão à repetição e atribui a tal aspecto o caráter “demoníaco”, que sobrepuja o princípio do prazer. Algo do pulsional por excelência, que é pormenorizado em seu texto publicado no ano seguinte, em *Além do Princípio do Prazer* (Freud, 1920).

O retorno do recaiado fundamenta-se como o retorno de algo íntimo da vida psíquica que fora afastado, tal como o complexo de castração. Freud (1919/2010) utiliza-se do Conto do Homem de Areia de Hoffmann para se referir à sensação do inquietante que surgiria do deslocamento da angústia de castração para a perda dos olhos. A angústia de castração, no sentido freudiano, remonta à ameaça de perda do falo caso a criança não abra mão de seu objeto incestuoso, o que marca a necessidade de renúncia ao desejo incestuoso. (Laplanche & Pontalis, 2001). Sendo assim, é um complexo familiar ao psiquismo, que é afastado da consciência pelo mecanismo do recalque, ficando, portanto, no registro inconsciente. Contudo, a ocorrência de situações atuais que relembrem esse material recaiado, como algumas experiências de perda significativa, trazem à tona a angústia de castração, e assim há o retorno do recaiado, cujo efeito é o inquietante – *das Unheimliche*.

As experiências que remontam à vida anímica do narcisismo primitivo são descritas por Freud (1919/2010) como restos da fase da constituição psíquica, na qual o Eu e o mundo externo não estão rigorosamente separados. Desse modo, a sensação do inquietante surge quando a realidade parece dar-nos notícias desse período por via da onipotência do pensamento e do âmbito do duplo. A onipotência do pensamento corresponde à antiga concepção

animista de mundo: há a supervalorização dos processos de pensamentos. Os exemplos oferecidos são as experiências inquietantes, frequentes em neuróticos obsessivos, de encontrar alguém logo após se ter pensado na pessoa e a concretização de acidentes que foram pressentidos, como se os desejos se realizassem imediatamente e o pensamento fosse onipotente e transformasse a realidade. O inquietante das convicções animistas do narcisismo pode ainda se expressar pela via do Duplo, o qual examinaremos detalhadamente a seguir.

## O Duplo e *das Unheimliche*:

Um breve comentário sobre a etiologia da palavra duplo pode operar como disparador de reflexões. Conforme consta em nota dos tradutores da última versão do texto de Freud (1919/2019), o termo “Duplo” é a tradução de *Doppelgänger*. Esse termo foi criado por Jean Paul Richer, importante escritor do movimento romântico alemão, e significa “o que caminha ao lado” ou “companheiro de viagem”, significados que, curiosamente, remetem a algumas expectativas transferenciais sobre o papel que o analista ocupa na análise. A diferença entre a expectativa transferencial e o analista enquanto função é operadora para o trabalho de análise. Podemos ser vividos pelo analisando como um duplo deste, apesar de não sermos, e a alteridade de ambos tem lugar fundamental nesse processo.

O adjetivo *unheimliche* é usado por Rank (1914/2014) para se referir às descrições de acontecimentos, em obras literárias, que envolvem o contato do personagem principal com seu duplo. O autor austríaco constata que o duplo é fruto da cisão do Eu e a projeção da parte indesejada em um outro, ora uma sombra, um espelho, ou uma personagem de mesmos traços cujo caráter é perseguidor ao protagonista. Os aspectos íntimos e negados da personagem, que inicialmente são transferidos para outro em vista de garantir imortalidade, tornam-se forte ameaça de efeito de infamiliaridade, isto é, o rejeitado que deveria permanecer oculto vem à tona. Rank destaca a íntima ligação do duplo com os temas do narcisismo e da morte. O duplo como expressão mais primitiva da defesa contra o declínio do Eu, “nega energeticamente o poder da morte” (p. 45). O autor descreve que, em antigas tradições populares, o duplo expressa-se pela noção de *alma* e *espíritos protetores* do corpo que garantem a permanência do Eu após a morte. Já na literatura, essa defesa contra a morte aparece em *sombras* e *reflexos* que se opõem ao Eu dos personagens principais.

Na literatura romântica, o autor encontrou padrões de expressão do duplo em sombras e espelhos que se tornavam independentes do Eu e, ao mesmo tempo, intimamente ligados a ele e o atormentavam ao trazer aspectos ligados sobretudo à morte. Como é observável na obra de Oscar Wilde, “O retrato de Dorian Gray”. Dorian, encantado pela própria beleza, faz um pacto para que

um de seus retratos envelheça e seja punido por seus pecados, ao passo que ele poderia manter-se jovem e belo. O retrato do personagem, seu duplo, surge como forma de garantir o não declínio do Eu, entretanto, quando se depara com seu retrato e vê-se diante de seus aspectos íntimos e negados, Dorian é tomado pelo medo e pelo pavor e destrói a pintura, ato que provoca sua própria morte.

Partindo de Rank (1914/2014), Freud (1919/2010) entende que a gênese do duplo corresponde ao período de narcisismo ilimitado da mente, o qual garantiria a continuidade da vida. A superação do narcisismo ilimitado pôde dar novo conteúdo ao duplo a partir da formação de uma instância crítica de auto-observação. O duplo, antes amigável, passou a ser reprovado pela crítica e tornou-se imagem de horror. Aquele que no passado era amigo e protetor contra a morte, passa agora a ser o mensageiro dela ao incorporar o caráter inevitável do destino e do fim da vida. Por meio da crítica superegoica quanto à manutenção dos aspectos originários do duplo, seu conteúdo é projetado como estranho e inquietante e, assim, desloca-se de protetor contra morte a seu inquietante e infamiliar mensageiro.

Assim, o Duplo, independente do período da constituição do Eu, parece atrelar-se com aquilo que é negado. Sua relação com *das Unheimliche* também é estabelecida no registro da negação, uma vez que ela pode ser compreendida como o retorno de conteúdos negados. Nos textos freudianos, há duas origens do *das Unheimliche*, quando há o retorno do recalado e quando crenças primitivas superadas do narcisismo parecem novamente confirmadas. Nós seguimos o lastro da segunda origem, na qual o âmbito do duplo é derivado do período em que o Eu não é separado do mundo exterior de maneira rigorosa, e propomo-nos a pensar o *das Unheimliche* considerando as negações mais arcaicas do Eu, em especial, a identificação projetiva.

## Duplo e Identificação Projetiva

Freud (1919/2010) e Rank (1914/2014), ao se debruçarem sobre o duplo, escrevem sobre o fenômeno da projeção do que é indesejável para o Eu, o qual, em casos patológicos, pode constituir-se em delírio de auto-observação ou de perseguição. Rank, inclusive, descreve alguns heróis envolvidos na temática do duplo como paranoicos, o que nos remete ao espectro da psicose.

No entanto, Melanie Klein (1946/1991) deu seguimento à investigação freudiana sobre a psicose e descreveu uma forma de projeção arcaica própria dos bebês, no estágio em que o mecanismo do recalque não está constituído (Figueiredo & Coelho Jr, 2018), a qual denominou identificação projetiva. Conceito definido pela autora como mecanismo de defesa, próprio da posição esquizoparanóide, de apoiar-se na fantasia de introduzir a própria pessoa ou partes intoleráveis dela para dentro de um objeto externo com o intuito de lesá-lo,

possuí-lo ou controlá-lo. Dessa forma, o objeto externo, ao conter as partes ruins do incipiente eu, não é sentido como alguém separado, mas como o *self* mau.

Um pouco mais tarde, Kernberg (1998) distingue a projeção da identificação projetiva proposta por Klein:

Clinicamente, a projeção importa em atribuir a outro algo que está profundamente reprimido... A repressão opera e a projeção a complementa. No caso da identificação projetiva, há uma combinação primitiva de projeção, manutenção da empatia com o que é projetado, a necessidade de controlar o objeto e uma tendência inconsciente para introduzir o que é projetado sobre o outro ou dentro dele... E isso parece indicar, a meu ver, uma ausência de repressão madura. (p. 21).

Essa fantasia intrapsíquica, com efeitos reais testemunhados pela relação mãe e bebê, ganha caráter intersubjetivo a partir de Bion (1962), que a compreende como um modo de comunicação de ordem arcaica entre mãe e bebê, havendo a fantasia onipotente de que é possível separar partes indesejáveis da personalidade e colocá-las no objeto. Na narrativa mítica da díade mãe/bebê, o autor descreve que as experiências sensoriais brutas e emocionais vivenciadas concretamente pelo bebê, as quais ele não consegue digerir, são evacuadas de si para dentro da mãe. Dessa forma, a identificação projetiva diz respeito a algo intolerável para o incipiente Eu do bebê, que por isso é negado e colocado no outro, do qual ele não se sente separado. Nesse sentido, é curioso notar este pequeno trecho, em Freud (1919/2010), sobre expressões do duplo:

Temos de contentarmo-nos em extrair os mais notáveis entre os temas de efeito inquietante, para investigar se também eles podem ser derivados de fontes infantis. São os do “sósia” ou “duplo”, em todas as suas gradações e desenvolvimentos; isto é, o surgimento de pessoas que, pela aparência igual, devem ser consideradas idênticas, *a intensificação desse vínculo pela passagem imediata de processos psíquicos de uma para a outra pessoa – o que chamaríamos de telepatia –, de modo que uma possui também o saber, os sentimentos e as vivências da outra; a identificação com uma outra pessoa, de modo a equivocar-se quanto ao próprio Eu ou colocar um outro Eu no lugar dele, ou seja, duplicação, divisão e permutação do Eu.* (Freud, 1919/2010, p. 263. grifos nossos)

Chamam a atenção as formas de expressão do duplo descritas como transmissão dos processos psíquicos de uma pessoa para outra e de identificação com o outro em que se perde o domínio do seu Eu, que se duplica e se confunde, em equívoco com o outro. Essas duas formas de expressão parecem remeter ao processo de identificação projetiva.

Assim, a identificação projetiva tem um caráter inquietante, na medida em que se refere a uma espécie de transmissão dos processos psíquicos de uma pessoa para a outra, como se, repentinamente, algo de um estivesse dentro do outro. Esse aspecto ganha figurabilidade em fenômenos clínicos, sobretudo em momentos em que o analista se sente angustiado e pressionado por algo que não é sentido unicamente como próprio, como se não houvesse uma nítida separação entre os psiquismos do analista e do analisando. Pensamos na possibilidade de conceber o conteúdo da identificação projetiva como uma espécie de duplo que comporta os aspectos angustiantes e intoleráveis de quem projeta. Assim, quais seriam seus destinos?

Se retomamos a história de Dorian, é possível perceber que seu retrato pintado foi utilizado como continente de seus aspectos negados, no entanto, a transformação do retrato foi devolvida como um espelho para o protagonista que não suportou ver em estado tão bruto seus aspectos rejeitados. Voltando-nos à clínica, como pensar a posição do analista enquanto continente dos conteúdos projetados pelo analisando para que essa devolução não carregue a persecutoriedade de origem? Bion (1962) nos auxilia com a noção de *rêverie* como sendo a capacidade de *receber e transformar* as experiências sensoriais brutas provenientes de identificação projetiva do objeto amado. Como isso acontece?

Para delinear uma resposta à pergunta, revisitaremos a noção de terceiro analítico de Thomas Ogden (1994/1996).

### Terceiro analítico e *Rêverie*

Ogden (1994/1996) propõe o conceito de terceiro analítico ao situar uma terceira instância, que surge da interação entre paciente e analista. Trata-se do resultado do movimento psíquico do analisando, que se dá por meio de identificação projetiva, de levar seus conteúdos insuportáveis, por meio de narrativas inconscientes verbais ou não verbalmente simbolizadas, para dentro do analista e de este estar receptivo a tais projeções. A parte que foi fantasmaticamente colocada no outro é alterada durante o processo: pode ser sonhada por meio da *rêverie* do analista, isto é, recebida, contida, metabolizada e devolvida de forma mais tolerável ao analisando, ou, caso não sonhada, a identificação projetiva é devolvida de forma amortecida e persecutória. Esses processos se tornarão mais claros no momento em que for comentado o exemplo clínico descrito mais à frente.

O que acontece na formação do terceiro analítico? O analisando, ao utilizar-se da identificação projetiva, vivencia o analista como sendo ele próprio, uma vez que precisa do analista para experienciar uma parte de si mesmo que não conseguiria viver sozinho. Todavia, o analisando também vivencia



o analista como sendo o não-eu, dado que, no plano da fantasia, ele se desapropria de um aspecto insuportável de si e esconde-se no outro/analista. O analista, por meio da oferta de seu psiquismo, proporciona a criação de um “espaço psicológico” para ser residido pelo analisando, ele se deixa subjugar e simultaneamente torna-se subjugador ao conter em si uma parte do analisando e apropriar-se dela. Ambos vivenciam a experiência na qual cedem *territórios psíquicos* próprios para serem habitados pelo outro e, assim, criam um lugar de indiferenciação entre as duas subjetividades. Ogden (1994/1996) chama de negação de si próprio a oferta de um território psíquico de si ao outro. É a dupla negação, isto é, a negação de si e do outro, por parte tanto do analisando quanto do analista, como separados que resulta na criação do terceiro analítico. Mesmo sendo uma experiência coconstruída na intersubjetividade entre analista e analisando, Ogden (2001b) destaca que a experiência de ambos não se processa de forma idêntica e essa construção se dá de modo assimétrico. Propriamente, o paciente faz a maior parte das falas e o analista escuta, de modo que a estrutura da relação analítica privilegia sobremaneira a exploração do mundo inconsciente do analisando (Ogden, 2001b).

O terceiro analítico intersubjetivo torna-se produtivo quando há a reapropriação das subjetividades individuais. Isto ocorre pela via do reconhecimento: o analista reconhece a individualidade do analisando por meio da interpretação advinda da *rêverie* e da compreensão empática. Já por parte do analisando, há o reconhecimento da individualidade do analista ao se “alimentar psiquicamente” da interpretação dele. A superação do terceiro analítico, ou seja, a reapropriação de cada participante da própria subjetividade transformada pela experiência intersubjetiva, é sentida como enriquecedora. Ambos saem transformados e tornam-se outros após a experiência no terceiro analítico e, com essas novas subjetividades, um novo terceiro intersubjetivo ainda mais produtivo surgirá. Percebe-se que o terceiro analítico comporta um paradoxo: analista e analisando são limitados e enriquecidos; sufocados e vitalizados.

Por ser o terceiro analítico um fenômeno quase inteiramente inconsciente, e na medida em que o inconsciente, por definição, só é acessado a partir de seus produtos, analista e analisando devem se servir de métodos indiretos (baseados na associação) para “captar o impulso” do inconsciente, em particular, a experiência do terceiro analítico. (Ogden, 2001b). Assim, para ter acesso à experiência do terceiro analítico, o analista precisa estar tão receptivo quanto possível às comunicações conscientes e inconscientes do analisando, bem como precisa escutar a si mesmo enquanto escuta, isto é, prestar atenção às suas próprias reações conscientes e inconscientes quanto ao que se passa na relação analítica (Ogden, 2001b). Esse processo refere-se ao que Bion (1962) definiu como capacidade de *rêverie*.

A *rêverie*, como apontado no início deste trabalho, foi definida como a capacidade de *receber e transformar* as experiências sensório brutas provenientes de identificação projetiva do objeto amado. Trata-se de um estado psicológico em que a mãe exerce a função continente dos conteúdos insuportáveis do bebê, em que decodifica e nomeia as angústias do filho para devolvê-las de um modo mais tolerável.

Ogden (2005/2010, 1997/2013) expande o conceito de *rêverie* ao concebê-lo como a capacidade de sonhar do analista e do analisando, portanto, um evento, simultaneamente, privado e intersubjetivo. Trata-se de um sonhar que não é emoldurado pelo sono ou pela vigília, mas que se dissolve em outros estados psíquicos. A conversa analítica, diz Ogden (2001a) dá –se na fronteira do sonho. Ela acontece ao mesmo tempo de modo consciente e inconsciente, ou pensando em Líspector, entre a vigília e o sono, de maneira que remetendo-se à pré consciência concebida por Freud, Ogden (2001a) sugere que a fronteira é onde ocorre a *rêverie*, e se vive o brincar e a criatividade.

O analista sonha, em conjunto com o paciente, os sonhos não sonhados deste, isto é, o analista auxilia, a partir do sonhar, a ligação dos elementos sensórios brutos da experiência do paciente evacuados via identificação projetiva, para que, assim, sejam transformados em elementos inconscientes da experiência.

Sobre as manifestações da *rêverie*, o autor enuncia:

A conversação inconsciente que durante o sono nós experimentamos como um ato de sonhar, no setting analítico nós experimentamos como sendo uma *rêverie*... são sonhos acordados. A *rêverie* pode ter praticamente qualquer forma, mas geralmente, em minha experiência, apresenta-se obliquamente à consciência na mais discreta e cotidiana das formas: como ‘ruminações’, devaneios, fantasias sexuais, trechos de filmes, frases musicais ou trechos de poesia ‘audíveis’, sensações corporais, e assim por diante (Ogden, 2001a, p. 5).

Ogden (1997/2013) aponta que essas manifestações da *rêverie* funcionam como uma bússola emocional que diz sobre o que está se passando na cena analítica. Mesmo que as imagens, devaneios, músicas que ocorram ao analista estejam ancorados em elementos de sua história de vida, o aparecimento desses elementos em um específico momento da sessão dá pistas sobre algumas das experiências emocionais e imagens inconscientes do paciente, que estão sendo experienciadas no momento da sessão. O autor explica que o analista, geralmente, não comunica suas *rêveries* de maneira direta ao analisando, ele interpreta *a partir* do que está sentindo e pensando; ou seja, ele fundamenta-se

na experiência emocional que tem com o paciente. Ogden (1997/2013) chama a atenção para o fato de que a tentativa de fazer interpretações imediatas dos conteúdos afetivos ou ideativos das *rêveries* do analista usualmente acaba em interpretações superficiais nas quais conteúdos manifestos são interpretados como se fossem intercambiáveis com conteúdos latentes.

Para tornar possível o processo da *rêverie*, Cassorla (2017) sublinha que é necessário um estado de mente ativo que busca contato com a área da fantasia – onde predomina o processo primário. Tal estado potencializa a formação de sonhos diurnos, que revelam pensamentos oníricos que darão pistas da experiência emocional vivenciada pelo objeto. O autor frisa ainda que, para ampliar a capacidade receptiva de sua própria *rêverie*, “é necessário que o analista se permita ‘perder-se’ ou ‘ficar à deriva’ enquanto espera que, naturalmente, as *rêveries* façam sentido” (p. 59). Nessa direção, trata-se de o analista deixar-se captar pelo fluxo de intensidades intersubjetivas na medida em que forem gerando significados e não se tornarem excessivamente insuportáveis. Bion (1970) descreve que, para alcançar esse estado psíquico, o analista deve estar sem memória, sem desejo e sem a intenção de compreender, suportando o estado de não saber, o que ele chamou de capacidade negativa. Como aponta Cassorla (2017), sustentar esse estado de não saber pode, por vezes, ser insuportável para o analista, pois a experiência bruta pode tocar áreas íntimas suas não suficientemente sonhadas, ou mesmo que sonhadas, que não suportam ser ressonhadas naquele momento. Isso pode levá-lo a privilegiar aspectos conhecidos/familiares para aplacar esse estranho de sua vida psíquica. Nesse sentido, a capacidade de sonhar do analista é comprometida e a angústia na contratransferência fica em primeiro plano, aspecto minuciosamente descrito por Fédida (1988) a respeito do tratamento de pacientes psicóticos e *borderline*<sup>12</sup>.

## Caso Clínico

O caso escolhido, para discutirmos *das Unheimliche* presente na *rêverie*, é a ilustração clínica “A carta roubada” de Ogden (1994/1996). Escolhemos fazer um recorte do texto de Ogden que privilegia os conteúdos que passaram na mente do analista durante a sessão, uma vez que o objetivo desse ensaio é caminhar na direção da metapsicologia do analista. Para maiores informações sobre o caso, sugerimos a leitura completa do artigo de Ogden (1996).

O Sr. L estava há três anos em análise e, enquanto falava, Ogden se percebeu olhando para o envelope que contivera a carta de um íntimo amigo italiano. Ele foi tomado por profunda decepção ao sentir que a escrita impressa

12 O aprofundamento da perspectiva do inquietante nesta clínica será realizado em trabalho futuro.

no envelope era impessoal e por uma sensação de estranhamento ao não conseguir reconhecer o nome de Mozart como parte de sua língua comum, como se Mozart fosse uma palavra estrangeira ao seu vocabulário. Quando retornou dessa *rêverie*, o analista começou o processo de investigação da relação entre esse devaneio e o que estava se passando dentro do terceiro analítico e notou que desconfiava da intimidade que a carta representava. Associou a carta à imagem de cartas com selos não carimbados e um livro que lera na sua infância, *Charlotte's Web*. Do livro, lembrou-se da mensagem feita em teia de aranha por Charlotte, do inocente porco chamado Wilbur e do ratinho Templeton.

Essa rede associativa, o fez pensar que se sentia enganado pelo Sr. L por este apresentar uma falsa sinceridade em suas associações. Ogden intuiu que essa análise da *rêverie* era, apenas de maneira superficial, verdadeira e esperou a continuação do fluxo associativo do paciente e o advir de outras *rêveries*. Lembrou-se de que os sonhos do paciente, de forma frequente, eram preenchidos por pessoas paralisadas e mudas e cogitou que, por meio da identificação projetiva, participava da experiência do Sr. L de ser incapaz de experimentar seu mundo interior de forma íntima, entretanto, novamente, pensou que essa formulação tocava de maneira sutil a verdade do encontro analítico. Alguns pensamentos narcísicos e competitivos em relação a assuntos profissionais surgiram e, subitamente, foi tomado pela lembrança que precisava terminar a sessão às 17:50 para ter tempo de buscar seu carro antes do fechamento da oficina às 18:00. Começou a sentir-se desamparado e com raiva do dono da oficina que, em sua indiferença a Ogden, fecharia a oficina às 18:00, pontualmente, e até sensações físicas do cheiro desagradável de fumaça dos escapamentos e da aspereza dos vidros sujos do estabelecimento foram vivenciadas. Cogitou que essas sensações eram representações da desconexão entre ele e seu analisando, porém, mais uma vez, decidiu por esperar. Em sua última *rêverie* dessa sessão, percebeu-se pensando em quem teria deixado uma mensagem em sua secretária eletrônica pouco antes da sessão começar e conferiu o relógio para saber quanto tempo faltava para o término do encontro com o Sr. L e, assim, defrontou-se com o desejo de entrar em contato com uma voz viva que lhe tiraria a sensação de estar em uma sala quente e abafada. Olhou, novamente, para o envelope e notou que seu nome e endereço foram escritos por uma máquina manual e ficou feliz com a qualidade pessoal das letras. Por fim, após esse sopro de vida, lembrou-se de que o paciente, em outra sessão, dissera que se sentia mais próximo do analista quando este errava do que quando acertava. A lembrança da mãe do paciente descrita como “cerebralmente morta” por ela fazer afirmações verdadeiras no sentido concreto, porém incapazes de reconhecerem o mundo interno do Sr. L, veio a sua mente e, a partir dessa cadeia de *rêveries*, Ogden pôde compreender e descrever para si

o desespero que sentia e o esforço, por parte do Sr. L, de ter um contato mais humano para com ele e conseguiu oferecer a seguinte interpretação:

Eu disse ao paciente que pensava que nossa hora juntos devia parecer a ele um exercício obrigatório e chato, algo como um emprego numa fábrica onde se põe e se tira o cartão de ponto. Disse, em seguida, ter a sensação de que ele às vezes se sentia tão inevitavelmente asfixiado nas sessões comigo, que devia ser como estar sufocando por algo que parece ser ar, mas na verdade é vácuo. (Ogden, 1996 pp. 68)

O Sr. L respondeu, de maneira alta e viva, como nunca havia falado na análise, que dormia com as janelas do quarto abertas com medo da ideia de ser sufocado por alguém com um saco plástico e, em seguida, comentou que achava o consultório quente e abafado, porém só percebera isso após a fala do analista e sentiu-se triste por estar tão distante de si e chorou. Ogden e o Sr. L passaram, então, o restante da sessão em silêncio e aliviados.

### ***Das Unheimliche na rêverie***

Ogden (1994/1996) coloca que não considera a sessão descrita como um divisor de águas em uma análise, e sim como um exemplo da intersubjetividade presente no terceiro analítico que permeia todas as sessões. Sugere que nenhuma sensação, pensamento ou sentimento do analisando ou do analista pode ser considerado igual ao que era ou seria fora do contexto do encontro analítico. Disso se atém a explicar suas associações durante a sessão relacionadas ao livro *Charlotte's web*. Relata que esse livro era muito importante para ele por estar ligado a significados altamente pessoais e idiossincráticos de sua infância, porém reflete que até esses significados íntimos foram transformados pela experiência no terceiro analítico. Após algumas semanas, notou que, em um momento de profunda solidão quando criança, lera esse livro várias vezes, que se identificava com o inocente Wilbur e entendeu que esse conto infantil estava em processo de atrelar-se com o sentimento de solidão em seu *self*.

O autor americano faz a importante pontuação que não entende esses novos significados dados à *Charlotte's web* como da ordem do retorno do recalçado, e sim como criações oriundas da experiência intersubjetiva que, até então, não existiam e enfatiza que

A experiência analítica ocorre no vértice do passado e do presente e envolve um 'passado' que está sendo recriado (tanto para o analista quanto para o analisando) por meio de uma experiência produzida entre analista e analisando, (isto é, dentro do terceiro-analítico) (Ogden 1996, pp. 72).

Portanto, sugere que estava sendo, de maneira quase imperceptível, transformado quando sua atenção se deslocava da fala do paciente para suas *rêveries* e, ao retornar, já não era o mesmo que era a minutos atrás.

Ogden (1994/1996) discute ainda que o funcionamento da mente do analista durante as sessões, muitas vezes, leva-o a entrar em contato, por meio da *rêverie*, com aspectos mundanos de sua vida pessoal que são de grande importância narcísica. Ele sugere que, talvez por serem informações da vida íntima do analista, eles pouco são conversados com colegas e, muito menos, escritos em casos clínicos e que é necessário muito esforço para descobrir como conteúdos tão cotidianos e privados foram transformados pela experiência no terceiro analítico. Essa investigação, opina Ogden (1994/1996), implica em uma autoconsciência perturbadora. Entendemos que essa qualidade perturbadora está atrelada à experiência de *das Unheimliche* e calcada no registro do narcisismo por ser resultada da transformação que o analista vive ao sonhar os pensamentos impensáveis do analisando presentes no terceiro analítico:

O recipiente [analista] da identificação projetiva está implicado numa negação (subversão) de sua própria individualidade, em parte com o propósito inconsciente de romper as amarras subjacentes à coerência/estagnação do self. A identificação projetiva oferece ao recipiente a possibilidade de criar uma nova forma de experiência que é outra-para-si-próprio, e, assim, criar condições para a alteração de quem foi até então e de quem ele se viveu sendo. O recipiente não está simplesmente se identificando com um outro [analisando] (o projetor); ele está tornando-se outro e vivenciando (o que está se tornando) a si próprio por meio da subjetividade de um outro-terceiro-self recém-criado” (Ogden, 1994/1996 p. 98).

Pensamos que essa passagem ilumina o caráter, muitas vezes, perturbador/inquietante da *rêverie* para o analista. Figueiredo (2019) versa sobre a agência de desligamento da pulsão de morte e a agência de ligação da pulsão de vida no processo criativo. O aprender, ou seja, o fazer sentido de uma experiência emocional, pressupõe o trabalho do amor, que se apresenta como apreensão, ligação e, também, do ódio, que se apresenta como afastamento, evitação e desligamento. Nesse movimento de ligar e desligar, há inerente desprazeres, uma vez que o sujeito está entregue, de maneira temporária, ao inesperado e ao não sentido. Portanto, a emergência de uma nova concepção coloca em questão antigos pensamentos, tornar-se outro é outra forma de dizer que seu Eu passado já não é mais o mesmo. Freud (1919/2010) coloca que o primeiro “duplo” foi a concepção de alma com o intuito de garantir a sobrevivência da vida. A superação da fase do narcisismo primário leva à inversão do sinal do conteúdo, o duplo passa a ser o inquietante mensageiro da morte. Pensamos que a experiência do psicanalista de tornar-se outro, descrita acima,

está calcada no estremecimento de seu narcisismo primário e a transformação proporcionada por essa experiência possuiria, dentre várias facetas, o papel do inquietante mensageiro da morte, posto que o analista se torna um novo sujeito que não se conhece, porém se reconhece (Ogden, 1994/1996).

## À Guisa de Conclusão

Ao entender a teoria das qualidades de nosso sentir como uma estética, podemos compreender a *rêverie* como esteticamente *inquietante* (Freud, 1919/2010). A inquietação na *rêverie* se dá desde a experiência de indiferenciação entre analista e analisando (no que Ogden concebe como terceiro analítico), até a experiência do analista de modificar-se pelo contato com o outro, desligando-se do familiar para dar abertura ao estranho em si.

Nessa direção, propomos que essa qualidade do sonhar a dois tem como uma de suas facetas a vivência do “duplo” ou “sósia” promovida pela experiência de relativa indiferenciação no terceiro analítico em que os aspectos negados do analisando são projetados no analista, que os recebe e por eles é habitado. Freud (1919/2010) coloca que a passagem de processos psíquicos de uma pessoa para outra, em outras palavras, de colocar um outro Eu no lugar do seu, promove a experiência de *das Unheimliche*. Essa experiência proporcionada pela identificação projetiva remete à comunicação rudimentar do bebê com sua mãe e é a base da construção do terceiro analítico. Tal aspecto por si só é uma experiência estranha, ao reconfirmar crenças primitivas superadas, pois essa forma de comunicação já fora o principal meio do bebê interagir com a mãe e, no adulto portador de linguagem simbólica, ocorreria o estranhamento de reviver isso, que já lhe fora tão familiar.

Assim, concordamos com Martini e Coelho Júnior (2010, 2019) que - ao resgatarem a questão freudiana de que há a necessidade de buscar, na produção de efeitos inquietantes, condições para além dos conteúdos – concebem que o estranho se produz pela tensão e pela perturbação dos limites e fronteiras do eu, de maneira que o sentimento de si se aloca em lugares não familiares. Explicam: “é preciso um terceiro fator para que haja o estranho: o eu (self) deve experimentar a vivência momentânea de colapso entre os domínios do que é familiar e do que é estranho.” (Martini & Coelho Junior, 2010. p. 384).

Os autores apontam que, quando uma parte do eu pode ser experimentada como se estivesse fora de seu registro familiar, o efeito do inquietante se apresenta. Eles interpretam, pelo vértice do evento do duplo, que o sentimento de si é experimentado de forma alternada em uma dimensão que se mantém familiar e outra que se torna estranha. Compreendem que isso pode ocorrer pelo ressurgimento de um modo de funcionamento psíquico anterior à delimitação entre eu e não eu, ou



ainda pela tomada de consciência de aspectos do eu não integrados. Desse modo, trata-se de experiências que perturbam a sensação homogênea do eu.

A partir do contato com o analisando, o íntimo do analista é vivido de uma forma diferente do que lhe era familiar. A *rêverie* é inquietante, pois sua constituição na mente do analista perturba certa harmonia da sensação de si mesmo. Desse modo, a orientação de Bion (1970) de escutar o analisando sem memória, sem desejo e sem a intenção de compreender parece apontar para a necessidade de se abrir mão do que já se conhece para não aplacar o devir, isto é, a transformação de ambos pelo contato intersubjetivo. Aspectos do ‘familiar’ e do ‘estranho’ que possam ocorrer ao analista durante a escuta podem ser um ruído que exige trabalho psíquico, e podem também ser elementos que, a partir do terceiro analítico, evocam o trabalho de sonhar e separar o que é da experiência compartilhada, e o que é da parte de cada um. Nessa direção mesmo o familiar ou o estranho se transformam pela experiência emocional com o outro. Em ambos os casos, a análise do próprio analista é fundamental.

Sustentar o estado mental em uma posição na fronteira entre o sono e a vigília, suscita a “sensação por trás do pensamento”, aludida por Lisspector (1998), na qual predomina um inquietante sentir sobre a indefinição do saber, um saber que ainda não está pronto a priori, está por criar-se e transformar quem sonha. Eventualmente acordamos?



## REFERÊNCIAS

- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Tavistock
- Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. Tavistock.
- Cassorla, R. (2017). O campo analítico como campo do sonhar: o lá, o aí, o aqui e o acolá como vértices de observação participante. *Jornal de Psicanálise*, 50(93), 53-65. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v50n93/v50n93a04.pdf>
- Fédida, P. (1988). *Clínica psicanalítica: estudos*. Escuta
- Ferenczi, S. (1992). Elasticidade da técnica psicanalítica (A. Cabral, Trans.). Em S. Ferenczi (1992), *Obras Completas (Vol. 4)*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928)
- Figueiredo, L. C., & Junior, N. E. C. (2018). *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. Editora Blucher.
- Figueiredo, L. C. M. (2019) Da criatividade às criações. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 53(1): 151-164
- Freud, S. (2010). O inquietante. Em: *História de uma neurose Infantil: ("O homem dos lobos")*: além do princípio do prazer e outros textos (1917– 1920) (Trad. Paulo César Souza) (Vol. 14, pp. 161-239). Companhia das Letras. (Original publicado em 1919).
- Freud (2010). Além do princípio do prazer. Em *História de uma neurose infantil: ("O homem dos lobos")*: além do princípio do prazer e outros textos (Trad. Paulo César Souza) (Vol. 14, pp. 161-239). Companhia das Letras. (Original publicado em 1920).
- Freud, S. (2019). O infamiliar (E. Chaves & P. H. Tavares, Trans.). Em G. Ianini (Ed.), *O infamiliar / Das Unheimliche, seguido de O Homem da Areia* (1ª ed., pp. 27 -126). Autêntica. (Original publicado em 1920).
- Green, A. (2017). A capacidade de *rêverie* e o mito etiológico (M. Gambini, Trans.). Em M.C.R. Magalhães (Ed.), *A loucura privada Psicanálise de casos –limite* (1ª ed., pp. 315-333). Escuta. (Original publicado em 1987).

- Kernberg, O. (1998) *Fairbairn then and now* (1st ed.). The Analytic Press.
- Klein, M. (1991) – Notas sobre alguns mecanismos esquizoides (Mandelbaum, B. H. et al. Trad.). Em J. Ferreira (Ed.), *Inveja e gratidão e outros Trabalhos (1946-1963)*. (4ª ed., pp. 17-43) Imago, (Original publicado em 1946).
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. MartinsFontes.
- Lispector, C. (1998). *Água Viva* (1º ed.). Rocco.
- Martini, A. D., & Coelho Junior, N. E. (2010). Novas notas sobre “O estranho”. *Tempo psicanalítico*, 42(2), 371-402.
- Martini, A. D., & Coelho Junior, N. E. (2019). O sentimento de si e o estranho. *Revista brasileira de psicanálise*, 53(1), 195-212.
- Ogden, T. H. (1996). *Os sujeitos da psicanálise* (A. E. V. A. Guntert, Ed. & C. Berliner, Trad.). Casa do psicólogo. (Original publicado em 1994).
- Ogden, T. H (2001a). *Conversations at the frontier of dreaming*. Jason Aronson.
- Ogden, T. H. (2001b). Trabalhar na fronteira do sonho. *Psicanálise contemporânea*. Imago, 159-170.
- Ogden, T. H. (2010). *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos* (M. B. Canto, Ed. & D. Bueno, Trad.). Artmed. (Original publicado em 2005).
- Ogden, T. H. (2013). *Rêverie e interpretação: captando algo humano* (T. M. Zalcberg, Trad.). Escuta. (Original publicado em 1997).
- Rank, O. (2014). *O duplo* (E. M. R. Barros, Ed. & E. L. Schultz, Trad.). Editora Dublinense. (Original publicado em 1914).



# CONCEPÇÃO DE PARADIGMA NO PENSAMENTO COMPLEXO DE EDGAR MORIN E O CAMPO DE CONHECIMENTO DA PSICOLOGIA ENQUANTO *ESPAÇO DE DISPERSÃO*

*Renato Bastos João  
Jorge Ponciano Ribeiro*

---

As discussões acerca da multiplicidade e da fragmentação das perspectivas epistemológicas na psicologia acumulam muitas contribuições produzidas ao longo de todo o século XX e nas duas primeiras décadas deste século. Neste campo de discussão, com diferentes abordagens a esta temática, foi eleita, no cenário da produção brasileira, as contribuições de Luiz Claudio Figueiredo. Com a proposta de existirem matrizes do pensamento psicológico, este autor apresenta uma análise fundamentada, principalmente, na perspectiva da noção de paradigma de Thomas Kuhn.

Na intenção de enriquecer a análise deste autor, o presente capítulo buscou no pensamento complexo de Edgar Morin a sua concepção de paradigma. Como poderá ser evidenciado ao longo deste capítulo, para o pensamento complexo o paradigma diz respeito a um nível mais profundo ou anterior da organização do conhecimento (no sentido de influenciar primeiro), ao compará-lo com os níveis teórico, epistemológico e lógico. Ao alcançar o nível do paradigma identifica-se aquilo que determina, no mais profundo, o modo de pensar. Olhando para a história do pensamento moderno, é possível afirmar que se instituiu um grande paradigma regido pela lógica da disjunção das categorias mestras e dos conceitos soberanos, determinando a fragmentação do conhecimento científico. No bojo desse processo, o campo de conhecimento da psicologia se constituiu, desde o seu início, de forma fragmentada, como um “espaço de dispersão” (Roza, 1977), com propostas teórico-epistemológicas múltiplas, diversas e aparentemente inconciliáveis e sem possibilidade de uma unificação epistemológica e teórica.

No intuito de contribuir com essa importante discussão para a psicologia clínica e para a psicologia geral, o presente capítulo elegeu como finalidade desenvolver uma reflexão paradigmática acerca desse campo do conhecimento à luz do pensamento complexo de Edgar Morin. Com essa reflexão, além de explicitar os níveis de organização do conhecimento e suas determinações

na produção do conhecimento na psicologia, também se pretende levantar a questão sobre a possibilidade de encontrar um caminho de discussão em direção a unificação epistemológica e teórica da psicologia.

## **A constituição da Psicologia enquanto ciência moderna: um campo de conhecimento disperso em diferentes matrizes ou paradigmas de pensamento**

Abordar o tema da origem da psicologia, enquanto uma ciência moderna, traz, primeiramente, o desafio de situá-lo numa discussão histórica. Ainda que não seja o objetivo deste capítulo adentrar em tal debate, se faz necessário indicar sua contribuição para a compreensão da dispersão do campo de conhecimento da psicologia.

Dentre as diferentes formas de pensamento histórico, considera-se fundamental assumir aquela que aborda a história da psicologia ou de outras ciências a partir de duas abordagens: internalista e externalista. A primeira, se refere às transformações intelectuais relacionada a construções e articulações teórico-conceituais, metodológicas etc. na psicologia e as consequentes possibilidades de demarcações do seu campo de conhecimento. A segunda se volta para as transformações sociais e históricas, envolvendo ainda as econômicas e políticas, e suas influências no estabelecimento das condições de constituição da psicologia (Ferreira, 2006).

Compreende-se que ambas as abordagens são indispensáveis para uma discussão histórica da psicologia e a articulação delas permite evidenciar as determinações que incidiram na dispersão do seu campo de conhecimento. Quando se toma a abordagem externalista como mote principal, a discussão foca os complexos processos e práticas sociais e culturais que se sucederam desde o século VI e conduziram a multiplicidades de orientações no atual campo da psicologia (Ferreira, 2006; Figueiredo, 2007, 2013). Será adotada, no entanto, a abordagem internalista em virtude do recorte proposto para este estudo, qual seja, expor uma reflexão acerca desse campo de conhecimento a partir da concepção de paradigma proposta pelo pensamento complexo de Edgar Morin. Neste enfoque, a análise está voltada, exatamente, para a organização do conhecimento nos seus níveis epistemológico, teórico, lógico e, principalmente para este estudo, no nível do paradigma.

Levando em consideração que a origem do conhecimento científico se deu no século XVII com a física, a psicologia só veio a ser considerada uma ciência, entendida no sentido da modernidade, a partir da segunda metade do século XIX. Momento no qual pôde ser reconhecida como uma ciência detentora de um objeto de estudo específico, de um território próprio de conhecimento e a partir do método experimental de investigação, dentre outras

ciências com seus próprios objetos de estudo. Não bastasse ser complexo esse processo de constituição de qualquer campo de conhecimento que pretende ser científico, para a psicologia a tarefa se tornou complicada (Ferreira, 2006; Figueiredo, 1991; 2013; Figueiredo & Santi, 2006; Japiassu, 1995).

Até ser reconhecida como uma ciência, a psicologia fazia parte de um conjunto de conhecimentos que sofreram uma série de transformações relacionadas a constituição histórica da modernidade. Essas transformações do conhecimento levaram a composição de um grupo de disciplinas denominadas de ciências do homem no século XIX e no qual pode ser situada a psicologia. Nesse percurso, conforme coloca Ferreira (2006), explorando as ideias de Bruno Latour, se estabeleceu a cisão entre domínio humano e o domínio natural, a partir de um conjunto de princípios implícitos. Com eles foi criado um modo purificado de tratar os diferentes seres, colocando de um lado os entes humanos e do outro os entes naturais. Tal clivagem e purificação impedia a psicologia de ser reconhecida ao longo do século XVIII e primeira metade do século XIX como uma ciência, isto porque trazia aspectos dos dois domínios e por ser muito plural em suas vertentes e escolas.

Outro fator determinante na constituição dispersiva da psicologia foi a cisão entre saberes filosóficos e científicos. Ferreira (2006) baseado nos trabalhos de Michel Foucault aponta para as mudanças das estruturas do conhecimento (*episteme*) no século XIX. Nessas mudanças se estabelece uma marca clara no conhecimento moderno, o domínio das ciências empíricas e o domínio filosófico, como também entende Morin (1992).

Para ser incluída no quadro das ciências empíricas, a psicologia precisaria seguir os novos decálogos do saber instituídos pelos fundamentos kantianos do conhecimento, quais sejam, objetividade, matematização e determinação de um elemento básico de investigação.

Já tendo sido tematizados diferentes objetos de estudos, tais como o comportamento, o “espírito” e a alma, pelos principais sistemas filosóficos da antiguidade, a psicologia se viu diante do desvio de assumir estes mesmos objetos, mas de maneira a enquadrá-los nos referidos pressupostos estabelecidos pela ciência moderna. Não obstante esta situação problemática, ao longo da modernidade, o comportamento humano vinha sendo estudado por físicos, biólogos (anatomistas e fisiólogos) e médicos, que utilizavam os métodos das recém-nascidas ciências empíricas ou naturais para estes estudos. No mesmo século, em que a psicologia buscava se estabelecer como uma ciência, outras ciências humanas e sociais iniciaram a sua constituição, tais como a economia, a história, a antropologia, a sociologia e a linguística, as quais também estudavam questões relacionadas às ações e condutas humanas presentes numa sociedade e numa cultura, historicamente determinadas (Figueiredo & Santi, 2006).

Neste cenário histórico de constituição das ciências modernas, verifica-se que os temas da psicologia estavam dispersos nas discussões filosóficas, nas ciências naturais e também nas ciências humanas e sociais. Não por acaso, como elucida Figueiredo e Santi (2006), Augusto Comte, filósofo francês que anunciou o positivismo como filosofia da ciência moderna, afirmou que a psicologia não caberia como ciência independente das ciências biológicas e sociais, em virtude de seu objeto (a “psique” ou a “mente”) não corresponder às exigências do positivismo. A possibilidade de sua existência dependeria sempre destas outras ciências.

Esta dispersão dos temas da psicologia está presente até hoje no seu campo de conhecimento. Nesse sentido, podem ser encontrados estudos da psicologia em estreita relação com as ciências físicas, a exemplo da óptica, com as ciências biológicas, tais como a etologia e as neurociências, com as ciências da informação e cognição, bem como com as ciências sociais, entre elas a sociologia, a antropologia e a linguística. E também com a filosofia quando se está investigando noções como mente, cognição e conhecimento ou temas relacionados especificamente a questões humanas, como são encontrados nas filosofias antropológicas (dialéticas, fenomenológicas e existencialistas).

Esta fragmentação do conhecimento psicológico é condição estrutural deste campo, o que justifica a expressão “um espaço de dispersão”, cunhada por Garcia-Roza (1977). Figueiredo (2013) afirma que tal designação, muito propícia para caracterizar o campo da psicologia desde sua origem, continuará valendo para os anos ulteriores, já que a “ocupação do espaço psicológico” pelas teorias e sistemas formou um “arquipélago conceitual e tecnológico. Não se trata, portanto, de um território uno e integrado, embora também não sejam ilhas totalmente avulsas e desconectadas” (p. 17).

Esta analogia geográfica e geológica utilizada por Figueiredo (2013) está diretamente relacionada ao profundo estudo sistemático que ele realizou de mapeamento das matrizes de pensamento que constituem o espaço psicológico. A escolha pelo termo matrizes não foi aleatória. Como explica o autor, sua intenção era “identificar os pressupostos e implicações que subjazem em cada teoria ou sistema psicológico, aquilo que está relacionado a um nível que opera no registro do latente, do que age dissimuladamente” (p. 23). Este termo é equivalente ao termo “paradigma”, e ambos foram propostos por Thomas Kuhn (1989, 2007).

Para ele todos estes termos fazem referência ao nível que ele buscava investigar nas teorias e sistemas da psicologia. A sua opção por matrizes se deu por compreender que ele era mais apto para especificar a organização subterrânea dos sistemas, das escolas ou correntes da psicologia, de modo a poder confrontá-los, aproximá-los ou contrapô-los. “As matrizes são geradoras: elas são fontes, elas instauram os campos de teorização e de ação possíveis, elas

inauguram as histórias das psicologias” (Figueiredo, 2013, p. 24). A busca pelas “Matrizes do pensamento psicológico” tinha como foco da investigação a identificação dos conjuntos que reuniam valores, normas, crenças metafísicas, concepções ontológicas, epistemológicas e metodológicas que subjazem às teorias e às práticas psicológicas, como também às implicações éticas.

Antes de continuarmos a explorar este importante trabalho de mapeamento das matrizes do pensamento psicológico, se faz necessário estabelecer uma discussão entre a noção de matriz utilizada por Figueiredo (1991, 2013), que está fundamentada nas ideias de Kuhn (1989, 2007), e a noção de paradigma proposta por Morin (1984, 1990, 1992, 1996, 2000).

### **A concepção de paradigma do pensamento complexo e sua distinção da concepção kuhniana adotada por Luiz Claudio Figueiredo**

Para iniciar esta discussão destaca-se que Figueiredo parte da “observação” da multiplicidade de teorias e sistemas da psicologia, denominado por ele de “o nível do manifesto” (2013, p. 23), para então alcançar um nível mais profundo, subterrâneo, onde estão os pressupostos e as implicações que determinam a diversidade de psicologias. É possível identificar, assim, dois níveis de análise do conhecimento. No que concerne à análise empreendida por Morin (1992) acerca da produção do conhecimento no sentido amplo e geral das ciências e das filosofias, são identificados três níveis de análises: do sistema de ideias, que corresponde, de certa forma, ao nível da teoria indicado por Figueiredo, o da lógica<sup>13</sup> e o do paradigma.

Para se chegar ao nível do paradigma, como assim considera Morin (1992), é necessário apresentar antes a concepção de sistemas de ideias deste mesmo autor. Como colocado, o nível teórico considerado por Figueiredo (2013) corresponde ao que Morin (1992) denomina de sistema de ideias, ou seja, toda teoria é um sistema de ideias, uma construção do espírito (mente conceptora), e não um reflexo do real. É necessário especificar a concepção proposta por Morin para então alcançarmos o nível em que atua o paradigma e assim poder diferenciá-la da perspectiva kuhniana adotada por Figueiredo, ainda que este entendimento acerca da natureza das teorias ou sistema de ideias seja compartilhado por ambos os autores.

O entendimento da noção de sistema de ideias está condicionado à compreensão de que existe uma noosfera, a qual Morin (1992) considera como o reino das ideias. A noosfera inclui os mesmos elementos constituidores da

13 A discussão empreendida por Morin (1992, p. 153-185) acerca da lógica está relacionada aos problemas lógicos que incidem nos sistemas racionais, a saber, aqueles que tratam da indução, dedução e da contradição relacionados ao princípio aristotélico de identidade.



cultura: representações, símbolos, mitos e ideias. Ao considerar estes elementos como pertencentes a cultura, deve-se ver neles à memória, os saberes, os programas, as crenças, os valores e as normas de uma sociedade. Enquanto componentes da noosfera, esses mesmos elementos devem ser identificados como entidades feitas de substância espiritual (psíquica-mental) e dotadas de certa existência. São “seres de espírito” dotados de uma relativa autonomia e constituindo uma realidade objetiva, a própria noosfera. A existência desses “seres de espírito” está enraizada, juntamente com a psicoesfera e socioesfera, na antroposfera, que, por sua vez, está enraizada na biosfera. A nooesfera emerge ao longo do processo de hominização, isto é, da evolução biológica e cultural do gênero *Homo*.

Morin (1992) estabelece esta relação entre esferas de realidades a partir da sua teoria da organização sistêmica e aberta, a qual parte do universo físico e chega no mundo das ideias, buscando estabelecer uma ligação entre o mundo físico, biológico e antropossociológico. Pode-se então compreender que o termo sistema na noção sistema de ideias guarda um sentido específico determinado pela referida teoria desenvolvida por Morin e que esta noção faz referência à forma como as ideias se organizam na noosfera. Cabe ainda esclarecer que não existe apenas uma noosfera dos sistemas de ideias, mas sim duas outras, uma noosfera simbólico-mítico-mágica, relacionadas às visões míticas e religiosas, e outra estética/artística, nutrida pelas artes e pelas literaturas, e que a especificidade da primeira está na relação com as filosofias. Estas elaboraram as ideias abstratas que estabeleceram concepções de mundo e regras de conduta.

Com a emancipação das filosofias no Ocidente Renascentista, criou-se um novo tipo de sistema de ideias, as teorias científicas. Os sistemas filosóficos e científicos formam uma noosfera de seres logomorfos, os sistemas de ideias, a partir dos quais se desenvolveram ideologias políticas, por vezes com um substrato mitológico e até religioso.

Situado seu habitat, a noosfera, pode-se passar à apresentação da primeira definição de sistema de ideias:

É constituído por uma constelação de conceitos associados de maneira solidária, cuja arrumação é estabelecida por laços lógicos (ou aparentemente lógicos), em virtude de axiomas, postulados e princípios de organização subjacentes; um tal sistema produz, no seu campo de competência, enunciados que têm valor de verdade e, eventualmente, previsões quanto a todos os factos e acontecimentos que aí deverão manifestar-se. Mediadores entre os espíritos humanos e o mundo, os sistemas de ideias ganham consistência e realidade objetiva a partir da sua organização. (Morin, 1992, p. 115)

Para conceber a organização dos sistemas de ideias, Morin (1992) explora por analogia as noções de sistema atômico e sistema celular. Com estas analogias ele propõe que as ideias se organizam em sistemas a partir de unidades informacionais/simbólicas que se juntam umas às outras em função de afinidades próprias ou princípios organizacionais (lógicos e paradigmáticos) formando um núcleo (duro) ou um complexo polinuclear – quando reúne vários sistemas anteriormente independentes e que sobre o seu domínio se tornam subsistemas. Podem também trazer subsistemas dependentes/interdependentes, sendo que os mais periféricos podem servir como uma cintura de segurança. E possuem dispositivo imunológico de proteção. É no núcleo duro que estão concentrados os princípios de organização dos sistemas: categorias mestras, lógica e paradigmas. Dentre estes o mais oculto é o paradigma, que então controla a lógica<sup>14</sup> e as ideias-mestras, determinando a organização das ideias.

Como explica Morin (1992), este sentido forte e radical atribuído à noção de paradigma já está presente na elaboração de Kuhn. Nela é indicada a sua determinação na orientação metodológica, no estabelecimento de esquemas fundamentais de pensamento, de pressupostos ou de crenças, desempenhando um papel central e detendo um poder dominador sobre as teorias. Justamente o que justificou a escolha de Figueiredo (1991) pelo termo matriz, o qual é sinônimo do termo paradigma na concepção de Kuhn. Segundo Morin (1992), no entanto, Kuhn, por outro lado, deu um sentido difuso ao termo paradigma quando sua definição “oscila entre sentidos diversos, cobrindo *in extremis*, de modo vago, a adesão coletiva dos cientistas a uma visão de mundo [...] [tentando] localizá-lo e baseá-lo socioculturalmente [...]” (p. 187).

Antes de apresentar a formulação proposta por Morin, é importante colocar que este autor também faz referências às noções de *episteme* de Foucault e de “paisagem mental” (*mindscape*) de Maruyama para situar a sua definição de paradigma. De acordo com Morin (1992), a influência da noção de *episteme* está na indicação da amplitude que a noção de paradigma deve abarcar: todo o conhecimento, todo o pensamento, todo sistema noológico. Com relação à ideia de *mindscape*, o seu interesse reside na sua radicalidade e universalidade, pois se aplica também à estética, à ética e à religião.

Considerado estes aspectos, para Morin (1992) o grande paradigma que abarca o campo geral do conhecimento, não apenas rege os raciocínios e suas construções teóricas, “mas também o campo cognitivo, intelectual e cultural onde nascem as teorias e raciocínios. Ele controla, além disso, a epistemologia que controla a teoria, e controla a prática decorrente da teoria” (p. 187). A sua definição está colocada da seguinte forma:

14 Sobre a determinação que o paradigma impõe às operações lógicas ver em Morin (1992, p. 188-190).

um paradigma contém, para todos os discursos que se efetuam sob o seu domínio, os conceitos fundamentais ou as categorias mestras de inteligibilidade, ao mesmo tempo em que o tipo de relações lógicas de atração/repulsão (conjunção, disjunção, implicação ou outras) entre esses conceitos e categorias (p. 188).

Além disso, o paradigma é inscrito culturalmente nos indivíduos e determina as suas formas de conhecer, pensar e agir, estando imerso no inconsciente individual e coletivo. Os paradigmas determinam radicalmente a organização dos sistemas de ideias.

Morin (1992) destaca que esta definição se caracteriza por ser ao mesmo tempo semântica (o paradigma determina a inteligibilidade e dá sentido), lógica (determina as operações lógicas centrais) e ideológica (é o princípio primeiro de associação, eliminação, seleção, que determina as condições de organização das ideias). É através do caráter organizacional e generativo destes três aspectos que o paradigma controla a organização dos raciocínios individuais e dos sistemas de ideias.

Como exemplo ilustrativo para demonstrar como o grande paradigma estabelece a existência de dois paradigmas que se excluem mutuamente, Morin (1992) apresenta a questão da relação homem/natureza. A partir da existência destes dois paradigmas, pode-se identificar o procedimento do reducionismo para um deles, ou seja, se reduz o humano ao natural e se considera o homem como ser natural, exclusivamente como ser biológico. E para o outro, pela disjunção, se separa o humano do natural, determinando o que há de específico no homem e excluindo a ideia de natureza. Pode-se identificar um paradigma mais profundo que está por trás dos dois paradigmas que é o da simplificação. Para não encarar a complexidade conceitual, reduz e separa os diferentes aspectos da realidade. O que impede o enfrentamento da complexidade conceitual é o controle do paradigma (simplificador) sobre as operações lógicas, prescrevendo a utilização cognitiva da disjunção e da exclusão de um paradigma pelo outro, se fazendo preponderante, pertinente e evidente sobre o seu domínio.

Desta forma, é possível considerar a existência de diferentes paradigmas, ou matrizes, atuando numa dada área do conhecimento, sendo que suas diferenciações são estabelecidas conforme a esfera de compreensão ou de extensão e os campos onde atuam. É, neste sentido, que Figueiredo (1991), pautando-se na concepção kuhniana de paradigma, demarcou as matrizes do pensamento psicológico. Paradigmas diferentes constituem o campo de dispersão da psicologia. Na discussão paradigmática proposta por Morin (1992), também se reconhece o estabelecimento de paradigmas numa área de conhecimento. A profundidade, a amplitude e a precisão, entretanto, da noção de paradigma de Morin ultrapassam

as limitações presentes na noção de Kuhn (2007). Em termos de amplitude, abarca a cultura ocidental como um todo; em termos de precisão, explicita a relação entre o nível da teoria, da epistemologia e da lógica; e em termos de profundidade indica um grande paradigma que controla o estabelecimento de diferentes paradigmas seja numa cultura ou numa área do conhecimento.

Para Morin a questão central é a existência de um grande paradigma do Ocidente caracterizado pela separação entre o sujeito e o objeto e as demais que se seguem (alma e corpo, espírito e matéria, qualidade e quantidade, finalidade e causalidade, liberdade e determinismo, existência e essência, sentimento e razão). Tal paradigma foi formulado por Descartes e imposto pelos acontecimentos e processos históricos ocorridos no continente europeu desde o século XVII. A dicotomia entre sujeito e objeto restringe cada um à sua esfera própria, a filosofia e a pesquisa reflexiva, para o primeiro, e a ciência e a pesquisa objetiva, para o segundo (Morin, 1992).

O centro operacional deste paradigma está na prescrição da relação lógica que estabelece a disjunção, a partir da qual se determina os conceitos soberanos ou as categorias mestras de inteligibilidade. Descartes foi o conceptor, em toda sua radicalidade, desta mentalidade fragmentária que marcou a história do Ocidente moderno, “colocando alternadamente o universo objetivo aberto à ciência e o cogito subjetivo irresistível, irreduzível, primeiro princípio da realidade” de um sujeito transcendental fechado às reflexões filosóficas (Morin, 1990, p. 60).

Com essa dicotomia, se estabelece, segundo Morin (1992), uma dupla visão de mundo ou um mundo dividido em dois mundos. Por um lado, um mundo de objetos submetidos a observações, experimentações, manipulações. Por outro lado, um mundo de sujeitos que podem colocar seus problemas existenciais, de comunicação, de consciência, de destino como objeto de investigação. É o grande paradigma do Ocidente que estabelece a incomunicabilidade entre os supostos dois mundos. Os antagonismos entre subjetividade, individualidade, alma, sensibilidade, espiritualidade e objetividade, ciência, técnica, são determinados por um mesmo paradigma. Um paradigma que não é capaz de conceber a unidualidade da realidade humana (natural e cultural, cerebral e psíquica, individual e social), da realidade biológica (organização físico-química e auto-eco-organização, genótipo e fenótipo, inato e adquirido, indivíduo e espécie) e da realidade física (desordem e ordem, desorganização e organização) e do próprio mundo (material e espiritual).

Há, portanto, um grande paradigma que determina a multiplicidade de paradigmas e a fragmentação do campo de conhecimento e que não foi descortinado na análise das matrizes do pensamento psicológico realizada por Figueiredo (1991), ainda que a separação entre sujeito e objeto tenha sido profundamente e extensamente tratada, denunciada e indicada como determinante

na constituição dispersiva das matrizes. O autor chega a formular a tese “de que toda civilização ocidental e, em particular, a civilização moderna a partir do século XVII, a partir de Descartes então, está marcada por essa dissociação mente e corpo, sujeito e objeto, [...]” (Figueiredo, 2003, p. 107). Não considera, no entanto, esta divisão como o resultado das determinações de um paradigma que comanda os diversos paradigmas nas ciências.

Antes de ser explicitada a relação entre a compreensão de um grande paradigma do Ocidente e o seu impacto na construção das matrizes de pensamento na psicologia, é necessário se ater ao nó górdio deste paradigma. Conforme elucida Morin (1992), trata-se da profunda articulação entre o paradigma da ciência clássica e o grande paradigma do Ocidente. É por meio do paradigma científico que o grande paradigma será profundamente implantado na “generatividade social (a cultura) e nos aparelhos genofenomenais, com, na primeira fila, o Estado” (p. 197). Neste sentido, o autor afirma que “a generatividade da ciência e da sociedade coincidem num certo nível de profundidade, simultaneamente produtoras e produtos da enorme transformação fenomenal das sociedades modernas” (p. 197).

Não obstante a esta função operacionalizadora da ciência clássica, é o grande paradigma que irá impor os ditames para a sua constituição de maneira a estabelecer um paradigma de simplificação dentro dela. Este pode ser caracterizado por dois princípios: o de redução, que impõe uma visão atomística (que só busca por unidades elementares) e mecanicista (que só vê uma ordem determinista simples de grandes leis impecáveis); e o princípio de disjunção, que operando todo tipo de separação e exclusão – a começar pela principal: sujeito e objeto – mantém tudo aquilo que pode ser apenas objeto de verificação experimental e de inteligibilidade lógico-matemática e exclui tudo aquilo que é indicativo de uma complexidade presente nos fenômenos (o sujeito, a existência, a desordem, o acaso, as qualidades, as solidariedades, as autonomias etc.). Tal disjunção estabeleceu um paradigma interno “que isolou as ciências umas das outras, e, no seio destas ciências (física, biologia, ciências humanas), isolou também as disciplinas umas das outras, recortando, de maneira abstrata e arbitrária, o objeto de cada uma na malha solidária do real” (Morin, 1992, p. 199).

Expostas em linhas gerais as ideias que fundamentam a discussão paradigmática proposta pelo pensamento complexo de Morin e sua distinção da concepção kuhniana adotada por Figueiredo, cabe agora voltar à discussão desenvolvida por este autor acerca das matrizes do pensamento psicológico. A intenção é formular e apresentar uma hipótese para a constituição dispersiva das matrizes, no que concerne à impossibilidade da articulação dos seus pressupostos e interesses, a partir dessa discussão realizada entre as duas concepções de paradigmas expostas até aqui.

## **Matrizes do pensamento psicológico por Luiz Claudio Figueiredo e a hipótese para a dispersão do campo de conhecimento da psicologia à luz do pensamento complexo**

Para apresentar um quadro geral de matrizes de pensamento que estruturaram o espaço psicológico, Figueiredo (1991) partiu da análise da constituição das noções de sujeito/subjetividade e indivíduo e dos seus desdobramentos na Idade Moderna. Mediante esta análise, o autor coloca que o projeto de tornar a psicologia uma ciência independente estabeleceu uma situação antagônica. Por um lado, defender seu objeto próprio (a vida subjetiva e a singularidade do indivíduo), que poderia dar-lhe a independência, lhe impedia de ser uma ciência legítima, pois para isso se exigia que seu objeto se submetesse aos requisitos do método experimental. Por outro lado, a exigência de tal método lhe impedia de estabelecer a especificidade do seu objeto, já que a subjetividade não era passível à experimentação. Esta situação instituiu um campo de divergência, reflexo das contradições desse projeto “que, por sua vez, enraizam-se na ambiguidade da posição do sujeito e do indivíduo na cultura ocidental contemporânea” (p. 22)

Observando o contexto de nascimento da psicologia moderna, conforme elucidada Figueiredo (1991, 2003, 2013), se estabeleceram dois grandes grupos de matrizes do pensamento psicológico, com suas subdivisões internas marcadas por oposições. De um lado, encontram-se as matrizes científicas, nas quais estão as propostas de psicologias concebidas e praticadas como ciência natural na perspectiva da ciência clássica do século XIX. Nelas está a crença numa ordem natural do mundo e dos fenômenos, regida por leis gerais que podem ser conhecidas e assim explicar os fenômenos. Estas propostas são pensadas a partir do modelo de outras ciências naturais, como, por exemplo, a biologia, buscando um conhecimento capaz de controlar e prever os fenômenos psíquicos e comportamentais, entendidos como eventos naturais e por isso passíveis da objetividade e positividade. As matrizes assim classificadas são a nomotética e quantificadora, atomística e mecanicista e a funcionalista e organicista.

Do outro lado, encontram-se as matrizes constituídas a partir do pensamento romântico, para as quais o objeto da psicologia são formas expressivas, isto é, as ações, produtos e obras de uma subjetividade singular – dotada de significado e valor – que se expressa através deles e podendo assim ser conhecidas. A meta deste conhecimento é a compreensão das formas expressivas como modos de comunicação, que se dá na possibilidade de ser apreendida pelo sujeito cognoscente via interpretação. Podendo, desta forma, ampliar a capacidade de comunicação entre os sujeitos e de cada um consigo mesmo (Figueiredo, 1991, 2003, 2013).

Destas matrizes românticas destacam-se as pós-românticas, as quais mantêm a perspectiva do estudo das formas expressivas e a meta da compreensão, só que entendidas a partir da ideia de que os sentidos dos atos, dos produtos e das obras não são apenas aqueles acessíveis diretamente pela consciência do sujeito que os vive, assim como no seu discurso apresentado ao outro. Para essas matrizes, há sentidos por trás de sentidos e ainda os mecanismos geradores de sentido, isto é, essa produção simbólica tem a sua lógica própria. Para tanto, seria necessário estabelecer métodos e técnicas e critérios interpretativos que possibilitassem uma compreensão não imediatista dos outros e do sujeito consigo mesmo (Figueiredo, 1991, 2003, 2013).

São três as grandes linhas compreensivas que estão entre as matrizes românticas e pós-românticas. Destas três, apenas o historicismo ideográfico é claramente uma matriz romântica, fundamentada na hermenêutica. Os estruturalismos e a fenomenologia são matrizes pós-românticas, se opondo, cada qual com suas especificidades, a única matriz especificamente romântica. Para os primeiros trata-se de uma lógica que subjaz nas próprias mensagens, nas próprias formas. Para os segundos considera-se uma lógica que está presente na constituição da subjetividade, das condições filosóficas e transcendentais de produção da vida simbólica. Além destas três, são ainda destacados os existencialismos como matrizes que estão, relativamente, ao lado da fenomenologia.

Ao examinar os pressupostos ontológicos e epistemológicos, assim como os métodos empregados pelas diferentes matrizes para compreender a realidade e produzir um conhecimento válido acerca da realidade, verificam-se diferenças muito significativas que explicam a dispersão do campo da psicologia. Então, se é possível considerar as diferentes matrizes como paradigmas distintos no campo da psicologia, pode-se considerar a hipótese de que a primeira grande divisão indicada por Figueiredo (1991, 2013) entre matrizes cientificistas e matrizes românticas e pós-românticas é estabelecida pelo o que Morin (1992) designa como o grande paradigma do Ocidente. Controlando a epistemologia e a lógica pelo princípio da disjunção, este grande paradigma impõe a partir do núcleo de cada matriz o fechamento das suas concepções ontológicas, epistemológicas e metodológicas em si mesmas, excluindo umas às outras. Determinando uma dupla visão do mundo, o mesmo mundo é dividido em dois: por um lado, pelos objetos manipuláveis experimentalmente; e por outro lado, um mundo de sujeitos que colocam a si próprios as questões da existência relativas à comunicação e à compreensão; o primeiro pertencente à esfera da ciência clássica com a investigação objetiva, e o segundo à filosofia com a investigação reflexiva, ainda que se encontre investigações objetivas entre os estruturalistas.

Além disso, ao estabelecer o paradigma simplificador no seio do paradigma da ciência clássica, o grande paradigma estabelece seu controle e com isso a dispersão de matrizes cientificistas: principalmente entre



atomismo-mecanicista e funcionalismo-organicista, esta última com seus desdobramentos no inatismo e ambientalismo (Figueiredo, 1991). No contexto das matrizes românticas e pós-românticas, que tem em comum a problemática da expressão, o paradigma simplificador irá separar os estruturalismos cientificistas do historicismo ideográfico fundamentado na hermenêutica. E na sua atuação mais ampla que separa o conjunto das ciências e da filosofia, o grande paradigma do Ocidente irá determinar o propósito da fenomenologia de estabelecer uma prática científica rigorosa para as ciências humanas, como “ciências eidéticas” (Dartigues, 2005) ou como ciência do sujeito transcendental (Figueiredo, 1991), que não assume a complexidade do realismo empírico e desconsidera os pressupostos da ciência clássica.

Tem-se, assim, a hipótese de que o grande paradigma do Ocidente, e seu desdobramento como paradigma simplificador das ciências clássicas, ocultamente atuando nos núcleos das matrizes e também nos sistemas de ideias da psicologia, formulados a partir das matrizes, estabelece este “campo de dispersão” mapeado na análise de Figueiredo (1991). Esta hipótese pode ser reforçada pelas discussões empreendidas por um outro autor também presente no cenário brasileiro dos debates epistemológicos. Em suas reflexões, Neubern (2001, 2002, 2003, 2004, 2005) destaca a existência de um paradigma dominante na psicologia clínica.

### **As determinações do paradigma dominante na psicologia clínica**

Seguindo principalmente as ideias de Edgar Morin e de Boaventura de Souza Santos, acerca da influência da racionalidade moderna na formação da psicologia clínica, enquanto disciplina científica, Neubern (2001, 2002, 2003, 2004, 2005) utiliza em seus diferentes escritos a expressão “paradigma dominante” para se referir ao “grande paradigma do Ocidente”, como assim denominou Morin (1992, p. 194).

Em suas formulações, Neubern parte do pressuposto de que, embora seja possível reconhecer a variedade de matrizes presentes no pensamento psicológico, se referindo a Figueiredo, “é possível conceber também um paradigma dominante na psicologia clínica, que não se expressa totalmente em algumas de suas escolas, mas que impõe diferentes noções de sua racionalidade sobre a mesma” (2004, p. 19). Não obstante a sua referência ao trabalho de Figueiredo (1991), cabe aqui fazer um esclarecimento sobre as diferenças das análises empreendidas por estes dois autores.

Neubern (2001, 2002, 2003, 2004) realiza uma análise epistemológica indicando a influência dos pressupostos do paradigma dominante (ordem, determinismo linear, isomorfismo, regularidade, universalidade,



previsibilidade, controle) nas teorias da psicologia clínica, entendidas na ótica moriniana enquanto sistemas de ideias, e na construção dos seus objetos de estudo, tomados num quadro geral. Por sua vez, Figueiredo (1991, 2013), como já indicado, organiza as diferentes matrizes a partir dos pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos que determinam as especificidades das diferentes teorias do campo da psicologia como um todo, isto é, do que está por trás das teorias, as matrizes ou paradigmas. Enquanto Figueiredo indica os diferentes paradigmas ou matrizes que subjazem às teorias, Neubern está apontando para um paradigma (dominante), que influenciou todo o campo da psicologia clínica, a ponto de impedir que a subjetividade fosse assumida como objeto de estudo a partir de noções ligadas a qualidade, heterogeneidade, irregularidade, singularidade e contradição, que caracterizam a sua complexidade.

A atuação do paradigma dominante para Neubern (2004) é generalizada para as escolas que compõem a psicologia clínica, quais sejam: “psicanálise, o humanismo, a fenomenologia, o behaviorismo, a sistêmica e suas respectivas derivações” (p. 19). Em sua compreensão, o impacto se deu na tendência destas escolas construírem teorias que buscavam visibilidade a partir de um *status* de verdade, de operações cognitivas que estabeleciam a generalização de categorias consideradas universais e definitivas e da simplificação, que possibilitava revelar a natureza do psiquismo humano. Em outras palavras, essas teorias seguiam o modelo clássico de teoria estabelecido pela racionalidade científica, sem realizar uma reflexão epistemológica dos seus pressupostos.

Apesar de fazer referência ao behaviorismo, que assume explicitamente seu compromisso com a racionalidade científica, a análise do autor incide principalmente nas escolas que assumiram como seu objeto de estudo aspectos que estão relacionados à subjetividade humana. Isto é, sua análise está preocupada com o impacto do paradigma dominante nas escolas e teorias da psicologia clínica que, mesmo não tendo se balizado pelos pressupostos da racionalidade científica, ainda assim acabaram refém deles. Neste sentido, essa análise vem contribuir com a compreensão de como o grande paradigma do Ocidente, que conforme destacado num primeiro momento, estabeleceu a divisão das matrizes românticas e pós-românticas, atuou no nível dos sistemas de ideias ou teorias da psicologia clínica que elegeram a subjetividade como objeto de estudo.

Juntando as análises dos dois autores, identifica-se a atuação do grande paradigma e do seu desdobramento como paradigma científico simplificador. Primeiro, no nível das matrizes, com a divisão das duas principais (matrizes científicas e matrizes românticas) e depois nas suas subdivisões. Segundo, no nível das teorias, mesmo elas elegendo a subjetividade como seu objeto, no entanto determinando a proliferação das teorias na psicologia clínica

(psicanálise, o humanismo, a fenomenologia, o behaviorismo, a sistêmica, o cognitivismo), cada uma sendo influenciada por uma ou mais matrizes.

Para melhor explicitar esta situação da psicologia clínica pode-se ainda aproveitar a análise de Neubern (2003, 2004) no que concerne à questão da formulação dos objetos de estudos das psicologias clínicas. Conforme expõe o autor, em virtude dos sistemas de ideias da psicologia clínica precisarem se legitimar cientificamente, a noção de subjetividade acabou sendo convertida em noções disjuntas e reducionistas de psiquismo, de modo a estabelecer polarizações dicotômicas entre, por exemplo, corpo e psiquismo, biologia e cultura, aspectos inconsciente e consciente, internos e externos, históricos e atuais. Esta tendência foi marcada pela busca das unidades elementares, ou como coloca o autor, pelos “átomos do psiquismo humano”. Interessante notar que esta afirmação permite relacionarmos a presença da matriz atômica e mecanicista nas teorias que assumiam a subjetividade.

Como reconhece Neubern (2003, 2004), no entanto, a psicologia clínica se distanciou de uma proposta explícita de atomização, buscando conferir às representações de psiquismo certa totalidade. De qualquer forma, as teorias delimitavam pontos específicos do psiquismo, desconsiderando a complexidade dos seus processos, isto é, das relações entre diferentes aspectos que constituem a subjetividade humana, o que promovia de fato um reducionismo considerável e uma explicação totalitária.

## Considerações finais

Diante dos esforços de análise do campo de conhecimento da psicologia e da psicologia clínica, realizadas por Figueiredo e Neubern, torna-se possível reconhecer a existência de um grande paradigma que prescreve a disjunção como a lógica relacional entre os conceitos soberanos, a começar pela relação entre sujeito e objeto. Este paradigma controlou e controla a construção das teorias e dos raciocínios que as formularam e ainda formulam. Controla também a epistemologia, a qual determina a teoria e a prática decorrentes dela, e controla ainda a lógica que sustenta toda a sua estrutura. As consequências da sua atuação é a fragmentação do campo de conhecimento da psicologia e a impossibilidade ou no mínimo a criação de resistências severas à diálogos articuladores das diferentes posições epistemológicas, teóricas e metodológicas, considerando, sobretudo, àquelas que se apresentam como antagônicas.

Não por acaso, como evidencia Figueiredo (1991), as tentativas de unificação do campo da psicologia nas diferentes propostas de Lagache e Brunswik, bem como no esforço conjunto de Harré e Secord, não alcançaram uma formulação epistemológica e teórica que permitissem assumi-las como importantes referências para uma unificação. E por isso mesmo não apresentaram maiores

produtividades do que as linhas independentes de pesquisa e teorização, sejam elas das matrizes científicas ou das matrizes românticas e pós-românticas.

As dificuldades de continuação e estabelecimento de propostas de unificação da psicologia devem ser compreendidas como mais uma evidência da atuação do grande paradigma. Acredita-se que enquanto não for alcançada uma outra forma de conceber a natureza da realidade e produzir o conhecimento, não será possível, de fato, chegar ao delineamento de um projeto de unificação da psicologia. Ao observar os grandes temas, entretanto, que surgiram na ciência e na filosofia, ao longo do século XX, chamam a atenção as ideias de sistema e de complexidade. Talvez seja possível dizer que estes temas revelam o *zeitgeist*, o espírito da época ou o espírito destes últimos tempos.

Estando essa percepção correta, talvez se deva apostar na proposta de caminhar para um pensamento que permita conceber uma outra maneira de compreender o mundo, precisamente, a que a visão sistêmica e complexa anunciam. Um pensamento que integre a análise, mas não se submete a ela como a norma imperativa, como assim ficou delineado nas regras epistemológicas apresentadas para o progresso do conhecimento científico no “Discurso do Método” de Rene Descartes (1985). E que, principalmente, possa ultrapassar o modo fragmentado do grande paradigma do Ocidente conceber o mundo.

Os movimentos deste outro modo de pensar deve oscilar entre a análise e a síntese (análogo e lógico; compreensão e explicação), como no movimento do pêndulo, e deve girar/circular entre as esferas física, biológica e antropológica do conhecimento estabelecendo pontos de articulação, como no movimento da espiral. Nestes movimentos do pensamento talvez seja viável realizar giros cada vez mais articulados e amplos entre as esferas do conhecimento ou também tecer um fio, que, como o da aranha, liga diferentes pontos para construir sua teia (uma casa circular), neste caso a teia do conhecimento.

Estas características estão presentes, justamente, no pensamento complexo proposto por Edgar Morin (1984, 1990, 1992, 1996, 1997, 1999, 2000). Com este pensamento abre-se um caminho, um caminhar (conforme o significado da ideia de método), para elaborar um projeto epistemológico de unificação da psicologia. Não desconsiderando os obstáculos (epistemológico, teórico e lógico) a serem superados para a realização deste projeto, foi iniciada a elaboração de uma proposta de objeto de estudo para a psicologia clínica denominada de corporeidade/subjetividade humana (João & Ribeiro, 2019) fundamentada no pensamento complexo e mais especificamente na obra *O Método* deste mesmo autor. Tal proposta é um primeiro movimento para enfrentar os desafios do problema da fragmentação, principalmente, na psicologia clínica, mas também na psicologia geral. Pretende-se dar continuidade em trabalhos futuros à esta discussão epistemológica a partir desta concepção de um objeto de estudo para a psicologia clínica.

## REFERÊNCIAS

- Dartigues, A. (2005). *O que é fenomenologia?* (9ª ed.). Centauro.
- Descartes, R. (1985). *Discurso do método*. Editora Universidade de Brasília.
- Ferreira, A. A. L. (2006). O múltiplo surgimento da Psicologia. In A. M. Jacó-Vilela, A. A. L. Ferreira, F. T. Portugal (Eds.), *História da psicologia: rumos e percursos* (pp. 13-46). Nau Ed.
- Figueiredo, L. C. M. (1991). *Matrizes do pensamento psicológico*. Vozes.
- Figueiredo, L. C. M. (2003). Para além das matrizes: a psicanálise como enclave da modernidade. *Revista de Psicologia*, 21(1-2), 103-110. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/12782>
- Figueiredo, L. C. M. (2007). *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação (1500-1900)* (7ª. ed.). Escuta.
- Figueiredo, L. C. M. (2013). *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos* (7ª. ed.). Vozes.
- Figueiredo, L. C. M., & Santi, P. L. R. (2006). *Psicologia, uma nova introdução; uma visão histórica da psicologia como ciência*. EDUC.
- Garcia-Roza, L. A. (1977). Psicologia: um espaço de dispersão do saber. *Rádice: Revista de Psicologia*, 1(4), 20-25.
- Japiassu, H. (1995). *Introdução à epistemologia da psicologia* (5ª. ed.). Letras & Letras.
- João, R. B. & Ribeiro, J. P. (2019). Corporeidade/subjetividade na psicologia clínica: tecendo fios teórico-epistemológicos para bordar um complexo objeto de estudo. *Psicologia USP*, 30, artigo e190103. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190103>
- Kuhn, T. S. (1989). *A tensão essencial*. Edições 70.
- Kuhn, T. S. (2007). *A estrutura das revoluções científicas*. Perspectiva.

Morin, E. (1984). *O problema epistemológico da complexidade*. Publicações Europa-América.

Morin, E. (1990). *Introdução ao pensamento complexo* (2ª. ed.). Instituto Piaget.

Morin, E. (1992). *O método IV: As ideias: a sua natureza, vida, habitat e organização*. Publicações Europa-América.

Morin, E. (1996). *O método III: o conhecimento do conhecimento* (3ª. ed.). Publicações Europa-América.

Morin, E. (1997). *O método I: a natureza da natureza* (3ª. ed.). Publicações Europa-América.

Morin, E. (1999). *O método II: A vida da vida* (3ª. ed.). Publicações Europa-América.

Morin, E. (2000). *Ciência com consciência* (4ª. ed.). Bertrand Brasil.

Neubern, M. S. (2001). Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 241-252. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000100020>

Neubern, M. S. (2002). Milton H. Erickson e o cavalo de tróia: a terapia não convencional no cenário da crise dos paradigmas em psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 363-372. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000200013>

Neubern, M. S. (2003). *Passos para uma epistemologia complexa da psicologia clínica* [tese de doutorado não publicada]. Universidade de Brasília.

Neubern, M. S. (2004). *Complexidade e psicologia clínica: desafios epistemológicos*. Editora Plano.

Neubern, M. S. (2005). A dimensão regulatória da Psicologia clínica: o impacto da racionalidade dominante nas relações terapêuticas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10(1), 73-81. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2005000100009>

# SRI AUROBINDO E O ENCONTRO COM O DIVINO: uma leitura etnopsicológica<sup>15</sup>

*Luiz Felipe Castelo Branco da Silva  
Maurício S. Neubern*

---

Comumente, o estudo da espiritualidade impõe a seguinte indagação: até que ponto é possível conhecer o outro? Essa pergunta, embora simples, é da mais alta complexidade e, não raro, coloca o psicólogo frente ao dilema entre estabelecer uma relação legítima com o outro e estabelecer um caminho de colonização com ele e seu mundo. Neste texto, a partir da experiência Divina do grande yogue e intelectual indiano Sri Aurobindo, serão traçados alguns princípios Etnopsicológicos (Nathan, 2001; Neubern, 2018) sobre como seria possível um processo clínico nesse campo.

## **A Espiritualização da Matéria na Trajetória de Sri Aurobindo**

Aurobindo Akroyd Ghosh ou simplesmente Sri Aurobindo foi um dos nomes mais importantes na primeira metade do século XX na Índia, fosse no campo político, fosse no campo espiritual. Embora tenha sido educado na Inglaterra, por desejo do pai, seu retorno à terra natal foi o de uma profunda integração com o país (Satprem, 2011). Em primeiro plano, comentou ter sentido profunda sensação de paz que perdurou por meses (Aurobindo, 2006) e associada com distintas experiências espirituais (Aurobindo, 1972a). Em segundo, percebeu-se preocupado com a situação social do povo indiano, mergulhado na ignorância e esmagado pela miséria. Ele decide, então, atuar politicamente pela libertação da Índia, à época, dominada pela Inglaterra.

Em dado momento da vida, diante de relativo vazio existencial, recomendam-lhe procurar respostas por meio da prática da Yoga. Em um primeiro momento, Aurobindo rejeitou essa possibilidade, até que, finalmente, mesmo com reservas, aceitou buscar um guru (Satprem, 2011). Em 1907, Aurobindo encontrou-se com um yogue de nome Vishnu Baskar Lele, que deveria trazer-lhe uma experiência paradoxal. Esta foi a primeira vez que se encontrou com um yogue voluntariamente, após treze anos na Índia. Inicialmente, foi aconselhado por Lele a confiar apenas nas orientações do Divino dentro dele, caso pudesse vir a tomar consciência desse Guia Interno em si. Ressaltou

---

15 O presente texto integra as reflexões ligados ao projeto de tese do primeiro autor, Luiz Felipe Castelo Branco da Silva, sobre Yoga, Transe e Práticas Integrativas, orientados pelo Prof. Maurício Neubern, segundo autor do trabalho

que ele não precisava de instruções dele ou de qualquer outro guru. Destarte, aceitou Lele para o estabelecimento de uma relação *guru shishya*, que seria a relação entre o guru e o discípulo, de modo que pudesse estabelecer-se o *sādhana* de Sri Aurobindo.

Por *sādhana*, pode-se compreender como sendo um caminho, uma senda, um caminho espiritual ou conjunto de meios ou disciplinas que o aspirante deve seguir para alcançar a *realização* (Wilmer, 2016). Estas práticas podem envolver distintas práticas, tais como o uso de *mudras* (gestos sagrados), entoação de *mantras* (enunciados sagrados) além de fixar a mente na vívida visualização interior dos desígnios sagrados e das figuras das divindades.

Durante três dias, permaneceram *isolados* em um cômodo em uma casa na área central da cidade, sem que outros soubessem onde estavam. Sri Aurobindo relatou o primeiro resultado de *incursões meditativas* (Aurobindo, 2011), experiências marcantes, que resultaram em mudanças radicais de consciência, fazendo com que ele passasse a ver o mundo com “intensidade prodigiosa, como um jogo cinematográfico de formas livres na universidade impessoal do Absoluto, Brahman” (Aurobindo, 1972c, p. 79).

A partir do terceiro dia, destacou ter sido lançado a uma condição superior e sem pensamento, imaculada de qualquer movimento mental ou vital, com total ausência de um ego ou mundo real. Não havia diferenciação entre um eu e um outro, persistindo apenas a existência de um “Aquilo, sem traços, sem elações, puro, indescritível, impensável, absoluto e mesmo assim supremamente real e somente real” (Aurobindo, 1972b, p. 129). Destacou, ainda, que o estar na inefável experiência lhe trouxe paz inexpressável. Além disso, teve o discernimento de não se tratar de uma realização mental ou algo fruto da imaginação. Era a única realidade ali presente, tratando-se de uma realidade que se infiltrava, ocupava e inundava qualquer aparência de um mundo físico. Ademais, nesse Absoluto, havia a natureza de ter intencionalidades, haja vista, depois de um tempo, autorizar outras coisas dentro de si, ora se modificando e oportunizando fusionamentos de tomadas de consciência com a experiência original. E mais adiante ele relatou (Aurobindo, 1972b, pp. 129 – 131):

Em um estágio anterior, o aspecto de um mundo ilusório cedia lugar a um outro onde a ilusão era apenas um pequeno fenômeno superficial com uma imensa Realidade Divina por trás dele, uma Suprema Realidade Divina superior a ele e uma intensa Realidade Divina no coração de tudo que a princípio aparentava formas ou sombras cinematográficas. E isso não era um reaprisionamento nos sentidos, nenhuma diminuição ou redução da experiência suprema, vinha, no entanto, como uma elevação e ampliação constante da Verdade; era o espírito que via objetos, não os sentidos, e a Paz, o Silêncio, a liberdade no Infinito permanecia sempre com o mundo



ou todos os mundos apenas como um incidente contínuo na eternidade atemporal do Divino. Agora, este é o grande problema na minha abordagem ao Mayavada<sup>16</sup>. O Nirvana, em minha consciência liberta, acabou que era o começo de minha própria tomada de consciência, um primeiro passo em direção da coisa completa, não como a única conquista verdadeira possível, nem sequer o final culminante. Ele veio sem pedidos, sem ser procurado, apesar de muito bem-vindo. Eu não tinha a mínima ideia sobre ele antes, nem aspiração a ele, na verdade, minha aspiração era na direção oposta, poder espiritual para ajudar o mundo e fazer meu trabalho nele, ainda assim, ele veio – sem se quer um ‘posso entrar’ ou um ‘com licença’. Apenas aconteceu e se estabeleceu como se por toda eternidade ou como se sempre estivesse lá. E então, lentamente cresceu e tornou-se algo, não menos, mas maior do que o que era primeiramente [...]”

Cerca de três anos após a experiência com Lele, Sri Aurobindo é preso, acusado de ser o mandante de um atentado terrorista contra um magistrado britânico em Calcutá, permanecido nessa condição por um ano, até ser inocentado em julgamento. Nessa situação, na prisão de *Lal Bazar*, percebeu abalo na própria fé, por não compreender o porquê daquilo. Acreditava que seu *dharma*, sua missão era trabalhar para o povo e para a libertação da Índia. Seguir nesse caminho era ter garantida a proteção do Divino. Foi no curso do terceiro dia que teve uma resposta, em forma de voz que veio até ele de dentro dizendo que aguardasse e olhasse. Destarte, percebeu-se mais calmo e esperou, até ser transferido para prisão de *Alipore* e colocado em uma solitária, longe dos homens. Ali esperou por contínuos dias a voz do Divino dentro dele, para saber o que Ele tinha a lhe dizer e para aprender o que tinha que fazer.

Foi nesse isolamento que a tomada de consciência inicial ocorreu, ofertando a primeira lição. Primeiro lembrou-se que um mês antes de sua prisão, um chamado lhe havia chegado, orientando que deixasse de lado toda a atividade, se isolasse e olhasse para dentro de si mesmo, para que se operasse uma comunhão mais íntima com o Divino. Em seguida, compreendeu que não aceitou o chamado por orgulho e por achar que sem ele o projeto de libertação da Índia seria fadado ao fracasso e cessaria. Logo, decidira não abandonar seu ativismo político em nome de um “chamado espiritual”. Apenas quando se reestabeleceu nova comunicação com o Divino, algumas explicações adicionais foram apresentadas.

Segundo a voz, os vínculos que Sri Aurobindo não tinha a disposição suficiente para romper, haviam sido rompidos por Ele. Isso se deu porque não

16 Este termo se refere a uma tradição ou escola filosófica antiga na qual afirma e defende que o mundo é causado pela ignorância, sendo, portanto, uma ilusão. Pelo contexto da fala de Sri Aurobindo faz sentido, pois diferente dessa escola, ele não postula que tenha alcançado a “única coisa verdadeira possível” e nem “o final culminante”. A escola citada defende que existe uma única verdade e que ela está fora de *Maya*.



era vontade Dele que ele continuasse no projeto iniciado. A voz explicou que tinha outra intenção para ele, dizendo que queria que Sri Aurobindo fizesse outra coisa e, por isso, intermediara para que o bengalês ali estivesse e pudesse ser instruído e ensinado naquilo que não podia aprender por si mesmo. Eis que Ele colocou o *Gita* nas mãos dele, começando a treiná-lo para o trabalho que viria (Aurobindo, 1972a).

Na processualidade de ter a mente dominada, subjugada e liberta de si mesma, a mesma apodera-se do Silêncio como se fosse o Supremo e que tudo está Nele. Desse vazio, percebeu também ampliar-se e emergir dele ou nele toda a diversidade da Verdade Divina (Aurobindo, 1972d, p. 109). A partir disso, passou a enxergar em tudo e em todos a expressão das intenções do Divino. “*Eu olhava os muros que me isolavam dos homens, e não eram mais as altas muralhas que me aprisionavam, não, era Vasoudeva que me rodeava*” (Aurobindo, 1972a, p. 5). Outrora, não via os guardas, mas Narāyana como sentinela. E mesmo quando recebera cobertores de crina dados à guisa de leito, sentira os braços de Sri Krishna em torno de si. E até os ladrões e assassinos eram Vasoudeva.

Mesmo quando o processo judicial foi instaurado, já não era mais uma multidão hostil e nem juizes que via, mas apenas as expressões do Divino. O juiz não era o magistrado, mas Vasoudeva, era Narāyana. O procurador do Rei não era visto, mas Sri Krishna, que lhe sorria e dizia: “*Tendes medo agora? Estou em todos os homens e conduzo seus atos e suas palavras*” (Aurobindo, 1972a, p. 5).

A partir da experiência na prisão, relatou ter compreendido não apenas intelectualmente o *Gita*, mas compreender o que Sri Krishna exigia de Arjuna e o que Ele exige daqueles que aspiram a realizar Sua obra. Teve o entendimento sobre o sentido de renúncia de tudo, até mesmo da própria vontade, para se tornar um passivo e fiel instrumento em Suas mãos (Aurobindo, 2005).

Ele compreendera o profundo significado da religião Hindu, em sua mente e coração, em um nível que nenhuma ciência material havia sido capaz de explicar. Compreendeu o sentido real do Sanatana Dharma. Compreendeu que o papel da Índia era o de ascender para lançar luz eterna a toda humanidade e não existir apenas para si mesma (Aurobindo, 1972a).

O Divino lhe disse que a sociedade dele era a de resguardar a religião hindu, pois nela se encerrava o Sanatana Dharma que quando declinado, produzia o declínio da nação. Desse modo, essa mensagem passou a ser o eixo axial de seu discurso, destacando que tudo o que veio depois, em termos de discursos ou ações, foram fielmente guiadas ou diretamente realizadas pelo Divino, sendo Sri Aurobindo apenas um instrumento. Destarte, passa e desenvolver a distinção entre conhecimento intelectual e o espiritual. O primeiro se articula com expressão de ideias a qual se chega por pensamento especulativo. Todavia, o conhecimento espiritual seria logrado por meio de experiência e

uma consciência de coisas que emergem diretamente daquela experiência ou que está nela envolvida ou subjacente. “Este tipo [...] é fundamentalmente uma consciência e não um pensamento ou ideia formulada [...] exclusão e silenciamento de todo pensamento” (Aurobindo, 1972b, p. 112).

Em 1934 elaborou sobre as diferenças entre o *conhecimento por experiências espirituais* e o *conhecimento intelectual* (Aurobindo, 1972b, pp. 112 – 114).

Havia primeiro o que seria chamada uma espiritualidade substancial ou consciência concreta de quietude e silêncio, e então a percepção<sup>17</sup> de uma única e suprema Realidade que sob a sua presença, coisas existiam apenas como formas, mas formas nada substanciais ou reais ou concretas; mas isso era tudo visível para uma percepção espiritual e essencial e senso impessoal e não havia o menor conceito ou ideia de realidade ou irreabilidade ou qualquer outra noção, pois todo conceito ou ideia era calado, ou então, inteiramente ausente na quietude absoluta. Essas coisas eram conhecidas diretamente através da pura consciência e não através da mente, então não havia necessidade de conceitos ou palavras ou nomes. Ao mesmo tempo, este caráter fundamental da experiência espiritual não é absolutamente limitante; pode ocorrer sem pensamento, mas pode ocorrer com pensamento também. Claro, a primeira ideia da mente seria que o recurso do pensamento nos traz de uma vez de volta para o domínio do intelecto – e primeiramente e por um longo período pode ser dessa forma; mas na minha experiência isso não é inevitável. Acontece quando se tenta fazer uma afirmação intelectual do que se experienciou; mas tem outra forma de pensamento que surge como se fosse um corpo ou forma da experiência ou da consciência nela envolvida – ou de uma parte dessa consciência – e isso não parece, para mim, ser de caráter intelectual. Ela tem outra luz, outro poder dentro dela, um sentido dentro do sentido. É claramente dessa forma com aqueles pensamentos que vem sem a necessidade de palavras para encorpá-los, pensamentos que são da natureza de um olhar direto na consciência, até uma forma de contato ou senso íntimo se formulando em uma expressão precisa de sua consciência<sup>6</sup> (Espero que isto não seja místico demais ou ininteligível); mas pode ser dito que os pensamentos que se tornam diretamente palavras pertencem ao reino do intelecto – pois palavras são cunhagem do pensamento. Mas isso é inevitável? Sempre me pareceu que palavras vinham originalmente de um outro lugar fora a mente pensante, no entanto, a mente pensante se apropriou delas, as transformou para seu uso e as cunhou livremente para seus propósitos. Mas mesmo caso contrário, não é possível usar palavras para a expressão de algo que não seja intelectual? Housman alega que poesia é perfeitamente poética apenas

17 O termo usado originalmente é “*awareness*”, que não possui tradução adequada ao português.

quando é não-intelectual, quando é sem sentido. Isso é muito paradoxal, mas eu suponho que o que ele quer dizer é que se ela é posta ao teste rigoroso do intelecto, ela aparenta extravagante porque ela transmite algo que expressa, e é real para, um outro tipo de olhar que não é aquele que o pensamento intelectual nos traz. Não será possível que palavras possam surgir de, que linguagem possa ser usada para expressar – pelo menos até um certo ponto ou de certa forma – a consciência supraintelectual que é o poder essencial da experiência espiritual? Isso, no entanto, é a propósito – quando alguém tenta explicar experiência espiritual ao intelecto ele mesmo, aí é um assunto diferente.

## **Considerações Etnopsicológicas**

### **Sequestro de Almas**

Uma experiência como a de Aurobindo poderia ser facilmente lida e compreendida de acordo com as diferentes perspectivas da psicologia moderna. Se esta se coloca num patamar de conhecimento privilegiado, estabelecendo uma hierarquia contra os demais saberes (para ela meras crenças) pode perfeitamente assumir a postura de desqualificação típica do projeto moderno de ciência (Nathan & Stengers, 1999). Assim, mesmo que as visões de Aurobindo no tribunal ou suas vivências de meditação não fossem colocadas no campo da psicopatologia, o psicólogo moderno tenderia a construir um movimento de tradução desses processos. Imaginação, estados alterados de consciência e alucinação seriam termos utilizados sob o respaldo da autoridade científica.

Nada de deuses, espíritos, demônios ou seres invisíveis, mas apenas o homem solitário, isto é, aquele homem como a única potência pensante do universo (Nathan, 2001). Isso levaria a uma condição em que todo o eixo explicativo do psicólogo tendesse a ser centrado no indivíduo, cujos agenciamentos poderiam ser da ordem do consciente (por um ego decisório, exemplo), do inconsciente (algo além da intenção deliberada), do cérebro (determinante biológico) ou ainda do próprio mundo social, cujas meta-narrativas seriam impostas ao indivíduo.

Tal modo de relação, fosse ele terapêutico ou de pesquisa, seria constituído dentro de uma lógica hierárquica, na qual o psicólogo, enquanto representante do saber moderno, poderia falar sobre esse outro com desenvoltura e autoridade (Neubern, 2018). Ele seria, em tese, capaz de devassar a experiência do grande yogue, descrever e explicar seus mecanismos, apontar seus determinantes socioculturais e biológicos, ao mesmo tempo em que tiraria o encanto de tais vivências, ao destacar que os deuses e a Voz Divina com

quem Aurobindo interagiu não seriam mais do que mera produção humana, sendo imaginária ou patológica.

O tipo de relação aí presente seria, sem dúvida, a de que o psicólogo estaria numa condição superior ao yogue, posto que o primeiro seria um portador do saber científico, mais confiável e racional, enquanto o segundo, alguém do mundo das crenças e mitos. É nessa perspectiva que se pode considerar que a Psicologia, esforçando-se para adequar ao projeto moderno de ciência (Stengers, 1997), esvazia-se de si mesma, ou seja, desqualifica e coloniza os processos culturais que constituíram a noção de alma no ocidente, constituindo-se, enquanto saber, no terrível paradoxo de ser uma “ciência da alma sem alma” (Neubern, 2004).

Nesse sentido, considera-se que uma figura como Aurobindo ficaria muito pouco à vontade com a maneira como seria compreendido pelo psicólogo. Sua forte atração pela cultura de origem talvez fosse concebida como uma busca pela mãe ou uma rebeldia contra o pai, ao invés de um chamado do Divino. Sua luta política, como uma consciência de classe e não como uma armadilha do ego, evitando o chamado para sua grande missão; seus momentos na prisão, como uma forte e injusta repressão da colonização inglesa, ao invés da dura pedagogia imposta pelo Divino para conscientiza-lo sobre seu papel espiritual na Índia de seu tempo; Vasoudeva e Narayana, como produções imaginárias ou mecanismos de defesa, ao invés de representantes da grande cosmologia Hindu. Mesmo que o psicólogo tentasse conceber as construções de sentido de seu ilustre interlocutor, tema central na Psicologia da segunda metade do século XX (Gonzalez Rey & Mitjans, 2017), esse sentido estaria desvencilhado dos grandes maquinários culturais que o antecedem e promovem sua existência.

Essa condição de sequestro de almas (Neubern, 2013) seria, portanto, bastante problemática em termos clínicos. Por um lado, ela não ofereceria uma condição de colocar o pesquisador em risco, mas o usuário (Nathan, 2001), ou seja, diferentemente do preconizado no projeto moderno de ciência, seria o usuário (paciente, cliente, sujeito) quem deveria ser submetido à veracidade de suas afirmações e não o psicólogo. Por outro lado, concorreria a uma forte imposição de narrativas, com ideias e concepções um tanto quanto estranhas ao universo de Aurobindo que, pelo que sua própria personalidade (Aurobindo, 1972b), dificilmente manteria uma relação clínica com o psicólogo. Nessa mesma lógica, muitos sujeitos em psicoterapia, por exemplo, tendem a esconder tais experiências de seus psicoterapeutas, quando não os acusam de intolerância, incapacidade de compreensão e preconceito, o que não raramente leva-os a abandonarem o processo (Neubern, 2013; 2018), particularmente porque seus universos não são reconhecidos e legitimados na relação clínica. Seria importante a indagação sobre até que ponto a ausência de legitimação

da parte desses outros não modernos não é obstáculo para a legitimação de um saber que se impõe pela colonização.

### ***Que Mundo é Esse?***

A questão do Divino ou Sagrado possui importantes contribuições para o estudo da espiritualidade, seja de personagens como Aurobindo, seja como de várias outras figuras menos conhecidas para as quais possui um papel central. Assim como a subjetividade (Gonzalez Rey & Mitjans, 2017), essa questão ainda padece de uma definição ontológica mais específica (Otto, 1917/2007; Carvalho, 1994), sendo frequentemente reduzida, enquanto realidade, a outras dimensões, como a cultura, o psíquico, o biológico e o linguístico.

Apesar dessa grande lacuna, tal universo apresenta algumas características, descritas por pessoas nativas de tais maquinários e por pesquisadores (Howes, 2005; Neubern, 2018) que precisam ser levadas em conta: a) comumente implicam numa relação com o Divino, que pode se expressar diretamente, como no caso da voz que conversava com Aurobindo, ou por outros meios: espíritos, sonhos, oráculos; b) implica uma dimensão de experiência que transcende os limites de tempo, espaço, matéria e causa do mundo social e não raramente promovem vivências de conexão com o todo, como no caso das experiências oceânicas; c) decorrente do anterior, essas vivências muitas vezes remetem a uma dimensão que se coloca acima dos limites da morte, onde se torna possível o contato com seres espirituais (deuses, espíritos, *djins*, orixás, santos, demônios) e com poderes além dos limites comuns, implicados com curas, predições e percepções extra-sensoriais; d) comumente a imersão neste universo traz uma forte mensagem ética, implicando compaixão e amor pelos outros e uma revisão profunda dos valores da vida.

Esse tipo de realidade, contudo, constitui-se como um grande obstáculo para a racionalidade científica, seja porque nesta parece não haver termos que as expliquem, seja porque elas não se coadunam facilmente a seus dispositivos de investigação (Martino, 1999). Nesse sentido, a Etnopsicologia (Nathan, 2001; Neubern, 2018) se coloca como uma alternativa de compreensão, clínica e pesquisa, uma vez que busca inserir a questão da construção dos sentidos no cenário ecológico do universo desses sujeitos.

### ***Uma Relação Possível***

Um acontecimento impactante na narrativa de Aurobindo foi a cura de seu irmão por um *naga-sannyasi* que, simplesmente parece ter desaparecido de cena sem deixar vestígios. O encontro com Lele e as experiências no tribunal também marcam uma forte presença do Sagrado, numa dimensão

que torna difícil a compreensão do psicólogo. E isso não apenas porque uma figura como Aurobindo dificilmente se submeteria a um processo como a psicoterapia, mas principalmente porque tais experiências não comportam, nem se mostram dóceis a uma relação hierarquizada, na qual o psicólogo seria um representante do saber e Aurobindo, de um grupo de crenças, mas que ambos seriam representantes de saberes com lógicas próprias (Latour, 1991).

Nesse sentido, um primeiro elemento importante para uma relação possível de pesquisa seria o de compreender que um saber como o Hindu possui seus próprios critérios de legitimação e que não seria, portanto, o psicólogo quem deveria legitimá-lo ou se arvorar na condição de afirmar algo sobre um universo que, à princípio, desconhece. Essa legitimidade pressupõe um aspecto central da Etnopsicologia, no qual não é o psicólogo quem afirma algo desse outro, mas o contexto quem favorece com que esse outro (o indivíduo e seu mundo) possa se mostrar a partir de suas referências (Neubern, 2018). Para tanto, o contexto precisa estar aberto para que esse maquinário cultural se mostre, com os elementos que o compõem: seus saberes (o Hinduísmo), seus especialistas (Lele), a coisa<sup>18</sup> (a mente), os seres (Narayana, Vasoudeva e a Voz Divina), os dispositivos para interpelar e produzir a realidade (a meditação), sem contar os segredos e iniciações, com os critérios de verdade e legitimidade que lhes caracterizam.

O caso dos seres talvez seja um dos mais significativos nessa discussão, não apenas por sua universalidade cultural, mas também porque é por meio deles que muitas vezes os maquinários estabelecem um apelo coletivo aos homens. O elétron, por exemplo, seria um exemplo de ser para o grande maquinário científico moderno, tendo no laboratório seu principal dispositivo de comunicação com os cientistas. Narayana e Vasoudeva, por outro lado, seriam seres ali presentes para mostrar a presença do Divino, passando a Aurobindo a mensagem de que estava protegido e de que o poder supremo o resgataria para sua missão.

A dura pedagogia do Divino de um ano de prisão talvez tenha preparado o terreno para isso e a presença dos seres ali no tribunal, assumindo o corpo dos humanos consistiam em poderosos modos de chamado para ele. Há aqui não apenas um ponto chave – a intencionalidade do Divino – mas também uma cosmologia que tira o homem da condição solitária da modernidade (Nathan & Stengers, 1999), isto é, na qual habita um universo em que é a única potência pensante, para a de um ser entre muitos, ou seja, a de um universo múltiplo e ecológico com o qual possui diversas possibilidades de intercâmbio.

Em termos Etnopsicológicos, é possível conceber que tal relato é da mais alta pertinência para se compreender a relação clínica, uma vez que tal nível

18 O maquinário também pressupõe uma determinada dimensão de realidade – a coisa – que fundamenta suas produções e interpelações que, no caso da ciência, pode ser concebida como a própria matéria constitutiva da *physis*.

de influência se constitui como uma forma de captura. Mais precisamente, assim como Aurobindo foi testado, os psicólogos também o podem ser, pois é muito comum que seres e especialistas do Sagrado exerçam um tipo de poder impactante como um modo de avaliá-lo, de modo a verificar se são dignos ou não de adentrar esse mundo, como já aconteceu com número expressivo de pesquisadores, como Edgar Morin, Nancy Midol, Michel Leihris, e no Brasil, Miguel Bairrão e Maurício Neubern. Esses testes podem envolver visões, tranSES, telepatias, perdas de consciência e curas, em suma, experiências capazes de penetrar a alma e estabelecer uma relação de poder com o saber científico, o que traz importantes consequências.

Primeiramente, não é apenas o psicólogo que impõem as condições e modos de avaliar o outro, pois ele também pode ser testado e até reprovado, o que pode implicar uma verdadeira interdição de seu acesso a importantes processos do convívio com tal universo. Nessa resistência vinda do outro, com ou sem a reprovação, há um importante jogo de forças, a recalcitrância (Nathan, 2001), que precisa ser qualificada na relação clínica, sobretudo no sentido de levar o psicólogo a repensar suas ideias, assim como sua inserção naquele contexto. Foi esse duro golpe atribuído ao Divino – a prisão por um ano – que fez com que Aurobindo se voltasse para si e buscasse escutar a Voz Divina que o faria entender que seu papel não era o da luta política (ao menos como a concebia), mas o de uma liderança espiritual. Por esse tipo de resistência, capaz de assumir diferentes formatos, é que o psicólogo pode passar para uma considerável revisão de suas ideias, assim como de sua própria vida. Mais que isso, é possível conceber que a influência de tais saberes consiste em uma proposta eficaz de *“retomada da alma”* (algo que afeta o próprio psicólogo, inclusive), de modo a se contraporem à perspectiva de *“sequestro de almas”*, típica da Psicologia Moderna.

Em segundo lugar, quando ele é legitimado, é aceito nesse mundo, no qual passa a ter um lugar em sua cosmologia, como no expressivo caso do estudioso francês Pierre Verger, que se tornou *Babalawo* (sacerdote Yorubá) e do jovem psicólogo americano Richard Rupert, que se tornou *yogue*. Em tais circunstâncias, há uma verdadeira adoção da parte do maquinário que faz com que o psicólogo possa se tornar um membro desse universo e acessar importantes processos que o constituem. É a partir dessa legitimação que ele pode compor um “nós”, uma relação simbólica e afetiva, que o faz pertencer de algum modo àquele grupo e ter um compromisso ético com ele.

Ao invés de guardar para si suas concepções científicas, estranhamentos, críticas, ideias, ele precisa externa-los junto a seus interlocutores de modo a criar um espaço de tensão importante para não só ajudar esses outros a refletirem, mas principalmente para poder refletir sobre suas ideias enquanto cientista. É nessa perspectiva que se considera que o psicólogo não fala sobre o outro, mas



apenas com o outro e, a partir do momento em que tem a autoridade para compor esse “nós”, possui condições de se expressar sobre esse outro (Neubern, 2018).

Desse curioso encontro de mundos resulta, portanto, que o psicólogo pode se deparar com um questionamento íntimo sobre sua própria relação com o Divino. É nesse sentido, que ele pode se dar conta de que seu universo não é homogêneo, ou seja, exclusivamente habitado pelo pensar científico, posto que também é habitado e visitado por influências coletivas e seres de diferentes perspectivas. Tal reflexividade, decorrente em larga medida dos impactos da relação com o outro, implicam na concepção de que somos todos mestiços espirituais (Neubern, 2013), dada a diversidade de maquinários que nos antecedem e dos quais muitas vezes nem nos damos conta. Talvez, a sensação de paz descrita por Aurobindo ao retornar a sua terra natal se aproxime ao tipo de experiência que o psicólogo pode ter, caso esteja disponível para tanto.

### ***Ethos e Missão***

A história de Sri Aurobindo é típica das pessoas que, por conta de uma vivência com o Divino, modificam profundamente suas vidas. Há, por um lado, uma dimensão de pertencimento (*ethos*) que se torna preponderante em suas vidas, um lugar cósmico que até então a pessoa parecia desconhecer, um lugar que diz de filiações e origens espirituais que muitas vezes podem ser bem distintas das origens terrenas, como a da família. Nesta etapa, a mudança espiritual pode se fazer acompanhar com a mudança de nome, como ocorre em algumas personagens conhecidas: Simão, o pescador, torna-se Pedro, o grande líder dos apóstolos de Jesus; Fernando de Bulhões torna-se Antônio de Pádua ou o popular Santo Antônio; Hyppolite Rivail torna-se Allan Kardec, o codificador do Espiritismo; Alphonse Louis Constant, o exotérico Éliphas Lévi; Maria Rita Lopes Pontes, a Irmã Dulce e, posteriormente, a Santa Dulce dos Pobres; e Gadhadhar, o famoso yogue Sri Ramakrishna. Sri Aurobindo se torna, desse modo, um importante líder espiritual, ao invés de político, como havia idealizado ainda jovem.

Por outro lado, essa mudança também coincide com uma perspectiva importante, ligada ao destino do sujeito: a construção de um destino através de uma missão. Sim, como projetado antes de sua transformação, ele deveria lutar pela Índia, mas o plano da batalha deveria ser muito mais o espiritual do que o político, embora, para ele, essa divisão não fosse tão nítida assim.

A missão confere uma perspectiva de projeto frente ao porvir, que se constitui num poderoso fulcro de construção de sentido para a vida e, em muitos casos, torna-se tão preponderante para os sujeitos que ocupa a maior parte de sua energia. A proteção da religião Hindu, dele desconhecida por muitos anos, era fundamental para a ordem Divina, uma vez que toda a nação poderia se



degenerar drasticamente. Tratava-se de uma nova forma de política, mas desta vez desenvolvida com as bênçãos superiores, sob outras perspectivas e métodos.

Nesse sentido, tal transformação evoca uma antiga polarização, presente em diferentes culturas e religiões, o espiritual e o terreno (Clément, 2011) que, em termos subjetivos, encontram, respectivamente, no *self* e no *ego* seus devidos representantes (Neubern, 2018). Dito de outro modo, essa totalidade espiritual e ampla da subjetividade (o *self*) seria aquela atravessada pelos saberes coletivos, obedecendo comumente uma regra bastante distinta das normas sociais vigentes. Já o *ego*, além de sua importância identitária, estaria ligado aos consensos sociais em torno do que seria a realidade, seja em termos sociais, seja em termos concretos. Grosso modo, é possível conceber que as grandes instituições sociais, assim como a própria Ciência e o Direito, estariam ligadas a essa dimensão, cuja lógica seria típica do *ego*.

Aqui, o psicólogo costuma encontrar dificuldades, dado que sua formação é muito mais voltada para a lógica terrena, da qual o *ego* é o representante. Basta dizer, nesse sentido, que seu Código de Ética Profissional (CFP, 2005), fundamenta-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos, algo que coloca o indivíduo, numa ótica terrena, como referência central. Assim, o psicólogo, com razão, pode conceber na lógica dos saberes coletivos um campo fértil para o abuso, contra a qual precisa se posicionar e precaver seus clientes, pois não são poucas as narrativas envolvendo abusos sexuais, físicos, psicológicos, financeiros, sem contar situações de tortura e escravidão ligados, por exemplo, a diversas seitas pelo mundo (Nathan & Swertvaegher, 2003).

Nessa ótica, mesmo que as hipóteses de abuso sejam descartadas, é difícil para ele conceber imposições que o Divino exerce sobre seus tutelados, que frontalmente contrariam a lógica do *ego*: a renúncia ao dinheiro para uma vida modesta ou miserável, o abandono da família e do status social, a resignação frente a um casamento perpassado pelo desrespeito, a concepção de grandes provas, como doenças, misérias e revezes, enquanto bênçãos, dentre outras.

Para o psicólogo, tais circunstâncias podem até trazer grandes vias de crescimento, mas não deixam de consistir em riscos ao *ego*, seja de sua desestruturação, seja pela construção de narrativas negativas frente a si e o mundo. Poderia parecer estranho a ele, portanto, que o jovem Aurobindo, de uma família com boas condições financeiras, pudesse bendizer sua estadia na prisão e decidir abandonar um futuro promissor em nome de uma vida de renúncia.

Por outro lado, é importante destacar que o que leva tais sujeitos a escolhas tão distantes dos critérios comuns é um campo de experiências na qual o Divino se faz arrebatador, como no trecho abaixo (Aurobindo, 1972b, pp. 129 – 131):

Fui, de repente, lançado a uma condição superior a e sem pensamento, imaculada de qualquer movimento mental ou vital; não havia ego ou mundo real; somente, quando se olhava através dos sentidos imóveis, algo percebia ou colocava sobre seu silêncio absoluto um mundo de formas vazias, sombras materializadas sem substância verdadeira. Não havia Um nem mesmo muitos, somente e absolutamente Aquilo, sem traços, sem relações, puro, indescritível, impensável, absoluto e mesmo assim supremamente real e somente real. Isto não foi uma realização mental nem algo vislumbrado de um lugar acima – sem abstração – era positivo, a única realidade positiva, – embora não fosse um mundo físico espacial, infiltrava, ocupava, ou mais, inundava e afogava esta aparência de um mundo físico, não deixando espaço algum para qualquer realidade se não a própria, não permitindo que nada, além disso, parecesse real, positivo ou substancial. Não posso dizer que havia algo excitante ou extasiante na experiência como ela veio a mim, – (o inefável Ananda eu tive anos depois), – mas o que ela me trouxe foi uma Paz inexpressável, um estuendo silêncio, uma infinidade de liberação e de liberdade. Vivi nesse Nirvana noite e dia antes que começasse a autorizar outras coisas dentro de si ou se modificar de qualquer forma, e o coração interior de experiência, uma constante memória de si e seu poder de retornar permaneceram até que no fim isso começou a desaparecer em uma Superconsciência maior, vida de cima. Mas enquanto isso, tomadas de consciência se somavam a tomadas de consciência e se fusionavam com essa experiência original. Em um estágio anterior, o aspecto de um mundo ilusório cedia lugar a um outro onde a ilusão era apenas um pequeno fenômeno superficial com uma imensa Realidade Divina por trás dele, uma Suprema Realidade Divina superior a ele e uma intensa Realidade Divina no coração de tudo que a princípio aparentava formas ou sombras cinematográficas. E isso não era um reaprisionamento nos sentidos, nenhuma diminuição ou redução da experiência suprema, vinha, no entanto, como uma elevação e ampliação constante da Verdade; era o espírito que via objetos, não os sentidos, e a Paz, o Silêncio, a liberdade no Infinito permanecia sempre com o mundo ou todos os mundos apenas como um incidente contínuo na eternidade atemporal do Divino. Agora, este é o grande problema na minha abordagem ao Mayavada<sup>19</sup>. O Nirvana, em minha consciência liberta, acabou que era o começo de minha própria tomada de consciência, um primeiro passo em direção da coisa completa, não como a única conquista verdadeira possível, nem sequer o final culminante. Ele veio sem pedidos, sem ser procurado, apesar de muito bem-vindo. Eu não tinha a mínima ideia sobre ele antes, nem aspiração a ele, na verdade, minha aspiração era na

19 Este termo se refere a uma tradição ou escola filosófica antiga na qual afirma e defende que o mundo é causado pela ignorância, sendo, portanto, uma ilusão. Pelo contexto da fala de Sri Aurobindo faz sentido, pois diferente dessa escola, ele não postula que tenha alcançado a “única coisa verdadeira possível” e nem “o final culminante”. A escola citada defende que existe uma única verdade e que ela está fora de *Maya*.

direção oposta, poder espiritual para ajudar o mundo e fazer meu trabalho nele, ainda assim, ele veio – sem se quer um ‘posso entrar’ ou um ‘com licença’. Apenas aconteceu e se estabeleceu como se por toda eternidade ou como se sempre estivesse lá. E então, lentamente cresceu e tornou-se algo, não menos, mas maior do que o que era primeiramente.

Semelhante depoimento remete a uma compreensão mais ampla do maquinário, algo que, grosso modo, implica a lógica do próprio self, com seus símbolos, leis e seres, que envolvem um Divino exuberante, atuante e vivo, uma dimensão perceptiva muito além das percepções comuns, e uma perspectiva muito além dos limites entre vida e morte. Esse tipo de compreensão foge, em larga medida, da solidão moderna na qual o indivíduo (ancorado no ego) se torna a medida da reflexão e do estudo, para imergir num universo encantado e profundo, onde muitos limites convencionais podem ser desfeitos ou modificados. Real e imaginário, masculino e feminino, verdadeiro e falso, homem e animal, individual e coletivo, Divino e terreno e bem e mal são alguns dos tópicos que costumam compor essa transgressão (Clément, 2011).

A compreensão de uma tal perspectiva depende inteiramente desse outro e os saberes que o perpassam que precisam se mostrar a partir de si para serem legitimados por seus próprios critérios. Aurobindo não seria, no caso, mera fonte de informações, mas um especialista de seu mundo, capaz de guiar seu interlocutor para melhor conhecê-lo. Não seria exagero afirmar que ao psicólogo caberia uma atitude de humildade epistemológica e metodológica para compreender como este universo se mostra e como é possível intercambiar com ele.

Entretanto, como comumente é destacado nesses sistemas (Neubern, 2018), o acesso a um mundo como esse não pode ser feito apenas pela mente (ego), mas pela própria alma (aqui concebida como self). Essa sensibilidade fina e calcada no espiritual, não no religioso, é o que é demandado como ingresso para tal mundo, é o que é buscado nos diversos testes a que psicólogos e demais pesquisadores podem ser submetidos pelo maquinário, é o que é apontado como condição para que a compreensão que emerge sobre esse mundo seja pertinente. Esse outro se torna, portanto, o oráculo da qual o psicólogo passa a depender para avançar em sua pesquisa, mas impondo-lhe um verdadeiro paradoxo: para que possa conhecer esse mundo, precisa, antes de tudo, abrir e dispor de sua própria alma.

## REFERÊNCIAS

- Aurobindo, S. (2006). *Autobiographical notes and other writings of historical interest*. Sri Aurobindo Ashram Press.
- Aurobindo, S. (1972a). *Karmayogin: political writings and speeches (1909 – 1910)*. Sri Aurobindo Ashram Press.
- Aurobindo, S. (2011). *Letter on Himself and the Ashram*. Sri Aurobindo Ashram Publication Department.
- Aurobindo, S. (1972b). *On himself*. Sri Aurobindo Ashram Press.
- Aurobindo, S. (1972c). *Savitri: a legend and a symbol (Vol. 28)*. Sri Aurobindo Ashram Press.
- Aurobindo, S. (1972d). *Synthesis of Yoga*. Birth Centenary Library.
- Aurobindo, S. (2005). *The life Divine*. Ashram Publication Department.
- Carvalho, J. J. (1994). O encontro das velhas e das novas religiões. Em A. Moreira & R. Zicman (Orgs.). *Misticismo e novas religiões*. (pp. 67 – 107). Vozes.
- Clément, C. (2011). *L'appel de la transe*. Stock.
- Código de ética profissional do psicólogo (2005). Resolução CFP nº 010/05. <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- González Rey, F. L. & Martínez, A. M. (2017). *Subjetividade: teoria, epistemologia e método*. Alínea.
- Howes, D. (2005). *The sixth sense reader*. Berg.
- Latour, B. (1991). *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*. La Découverte.
- Martino, E. (1999). *Le monde magique*. Synthélabo.
- Nathan, T. & Stengers, I. (1999). *Médecins et sorciers*. Paris: Synthélabo.

- Nathan, T. & Swertvaegher, J. (2003). *Sortir d'une secte*. Synthélabo.
- Nathan, T. (2001). *Nous ne sommes pas seuls au monde: les enjeux de l'éthnopsychiatrie*. Points.
- Neubern, M. (2004). *Complexidade e psicologia clínica. Desafios epistemológicos*. Plano.
- Neubern, M. S. (2013). *Psicoterapia e espiritualidade*. Diamante.
- Neubern, M. S. (2018). (Org.). *Clínicas do transe: etnopsicologia, hipnose e espiritualidade no Brasil*. Juruá.
- Otto, R. (2007). *O Sagrado: os aspectos irracionais na noção do divino e sua relação com o racional* (W. O. Schlupp, Trad.). Vozes. (Obra original publicada em 1917).
- Satpren. (2011). *Sri Aurobindo ou a Aventura da consciência* (S. M. Amora, Trad.). Perspectiva. (Trabalho original publicado 1970)
- Stengers, I. (1997). *Cosmopolitique* 7. Synthélabo.
- Wilmer, H. D. (2016). *Śrīmad Bhagavad Gītā: Bhagavan Sri Krishna. Śuddha Dharma Mandalam*.

# REPERCUSSÕES TEÓRICO-PRÁTICAS DO PROBLEMA CORPO-MENTE NO TRATAMENTO DAS PESSOAS SUBMETIDAS À MEDIDA DE SEGURANÇA<sup>20</sup>

*Jacqueline Reis Demes  
Luiz Augusto Monnerat Celes  
Ilmo Izídio da Costa  
Felipe Diniz Marques*

---

O objetivo deste trabalho é articular possíveis interferências teórico-práticas em ação no Direito Penal Brasileiro na adoção de recursos interventivos, notadamente, o instituto da medida de segurança, cujas bases principiológicas encontram amparo nas correntes materialistas da Filosofia da Mente, sustentadas pelo discurso positivista das ciências naturais.

A despeito do volume de estudos e das conquistas (acadêmicas e tecnológicas) sobre como, de fato, funciona a mente humana, ainda são muitos os enigmas que circundam essa temática, principalmente, quando se trata da “mente perigosa”. Quando se penetra no Direito Penal e mais especificamente na legislação voltada para lidar com a mente entendida como “transtornada” e “criminosa”, ciências como a psicologia e a psiquiatria alinham-se a concepções anacrônicas, sem comprovação científica consistente e de natureza estigmatizante. A partir daí, instrumentos de controle e “de cura” operam sob a justificativa de conter o perigo potencial de todos encarnados no corpo/mente de alguns. Por fim, a psicanálise participará desse diálogo no seu potencial subversivo como uma teoria que problematiza o pressuposto da periculosidade ao cunhar o conceito de pulsão.

O homem sempre se interessou por compreender sua origem e seu destino. Tais questionamentos têm configurado o campo de estudo da ontologia e da origem do conhecido problema mente-corpo, eixo de trabalho da Filosofia da Mente. Sua epistemologia congrega uma série de correntes teóricas que enfocam a questão sob um viés preponderante, basicamente distribuídos em 3 visões: monistas, dualistas e pluralistas.

Assim, é antiga a motivação humana em busca do saber sobre sua natureza, sobre a origem dos processos mentais e sua relação com o corpo. A

---

20 Agradecemos a Lilian Cherulli de Carvalho cujas conversas incrementaram as ideias transmitidas neste capítulo

Filosofia da mente é o arcabouço teórico-filosófico que concentra os estudos sobre o problema da relação corpo-alma e de onde partem tentativas epistemológicas (variadas e, por vezes, conflitantes) de respostas ao problema. Apesar da ancestralidade da temática e dos avanços conquistados recentemente com as neurociências, estamos longe de um consenso sobre como efetivamente funciona a mente humana (Moreira-Almeida, 2013).

Para além das diferentes correntes em jogo na compreensão dos processos mentais e comportamentais e das contradições de seus postulados sobre o tema (Vasconcellos, 2007), há ainda a presença considerável nesse debate de explicações provenientes de uma psicologia popular – quotidianamente construídas – e de antagonismos conceituais que ganham destaque quando alimentam concepções presumidas sobre estados mentais como os associados à loucura.

Nesse âmbito, entra em jogo o conceito de representação social, que seria um arcabouço coletivo de regras e conceitos estabelecidos socialmente de forma a, por exemplo, gerar um agrupamento de comportamentos em prol de um objetivo comum (Sêga, 2000). Esta representação social torna-se uma forma de se pensar o mundo de maneira compartilhada que alimentará o surgimento de uma criminologia explicativa a partir de causas individuais e sociais (Bôas, 2004; Vaz, 2018).

No contexto penal, uma análise atenta da legislação evidencia a prevalência de uma certa concepção de loucura e um modo de lidar com ela gestadas pela apropriação de representações, associações e construções sobre o fenômeno e seu portador, alinhavados a interesses socialmente dominantes com aval das ciências (Foucault, 2011; Jacobina, 2004; Barros-Brisset, 2011). Impulsionadas pelo racionalismo e positivismo tão arraigados ao discurso científico, estigmas e preconceitos ligados a determinados tipos de condutas encontrados em corpos e mentes específicos geram uma noção convenientemente desumanizadora da loucura no direito brasileiro contemporâneo (Jacobina, 2004).

Lombroso e Ferri fizeram muitas cabeças por aqui, e continuam fazendo. O criminoso nato é um fantasma que assombra não só as nossas faculdades de direito, mas as conversas de botequim, as páginas policiais e os repórteres sensacionalistas, sem contar os políticos de extrema direita. (Jacobina, 2004, p. 72)

Nesse sentido, apesar de não ser foco desse estudo, vale a pena sinalizar a relevante e inquestionável incidência do social (e do senso-comum) na edificação de construtos multidisciplinares – presentes também nas ciências médicas, na criminologia e na psicologia – que circundam o enigma secular e atual da dialética mente-corpo. Trata-se de um ponto de partida pertinente, portanto, para que compreendamos que também a psicologia, mesmo com

todo seu arcabouço científico pautado em teorias, esquemas, comprovações e dados, não está livre desse tipo de problemática.

Destarte, apesar das diversas contribuições e avanços realizados na atualidade sobre o assunto – principalmente impulsionadas pelo desenvolvimento das neurociências –, ao mesmo tempo, há muito a esclarecer se olharmos para o fenômeno em toda a sua complexidade. Sabe-se mais sobre o cérebro, seu funcionamento orgânico e eletroquímico, contudo, os enigmas sobre os limites entre corpo (incluindo o social) e mente ainda persistem.

Tanto a criminologia como os saberes que dialogam com ela devem estar atentos aos riscos de (re)leituras reducionistas amparadas pelo discurso científico. Afinal, a comunidade científica tem validado teorias etiológica-explicativas centradas no sujeito que, historicamente, oscilam entre um determinismo social ou neurobiológico retroalimentando respostas pouco resolutivas sobre as condutas humanas, principalmente quando estas escapam a norma (Vaz, 2018).

De maneira introdutória, a Filosofia da mente e o enfoque dado por ela ao problema mente-corpo adota três perspectivas centrais. São elas: o monismo, o dualismo e o pluralismo. No sistema filosófico amparado pelo monismo, do ponto de vista da substância ou do ser, apregoa-se a unidade de explicação, uma única causa para origem do que está em investigação. Nesse sentido, o pluralismo é sua antítese ao considerar a multiplicidade de causas associadas aos fenômenos humanos e naturais e uma imprevisibilidade do futuro. Já o dualismo pressupõe como o nome diz uma dualidade conceitual originária (Winograd, 2004).

Se pensarmos especificamente na loucura e nas concepções que envolvem esse fenômeno seja no âmbito da saúde, seja em como ocorreu sua apropriação no campo penal, as contradições e divergências são vastas. Cada uma dessas lógicas particulares opera modos diversos para lidar com o tema e com as pessoas ditas loucas infratoras. Como resultado, em alguns contextos, verdades absolutas são criadas mormente quando a mente em estudo se torna disfuncional, transgressora e perigosa.

A naturalidade em se pensar a loucura como perigosa – tão comum no imaginário social – ganhou espaço no campo científico e, com a parceria entre direito e psiquiatria, se inseriu no sistema jurídico penal. Tornou-se oportuno não só para a saúde, mas também para as instituições judiciais, conhecer os estados mentais e intervir com vistas à defesa social. Para isso, era necessário discernir, objetivamente, as categorias “normais” e “anormais” e como seria realizado o tratamento no campo penal para cada um (Vaz, 2018). “Se a sua natureza comportar um déficit moral, vai para o hospício, e se, por outro lado, seu crime for o resultado de um desvio moral, vai para o presídio” (Brisset-Barros, 2011, p. 45).



Em prol dos padrões sociais, a loucura é tomada a partir de uma posição de fonte de perigos, inclusive, antes da antropologia criminal de Lombroso (Vaz, 2018). A partir dele, o imaginário popular ganha contornos científico-empíricos ao defender que o comportamento criminal teria correlação com formas e proporções físicas e mentais específicas. Sabe-se que se trata de uma falácia, mas que permanece sustentando tratamentos que não objetivam o cuidado, mas tão somente o controle social por meio de medidas de segurança.

Tais argumentos até hoje corroboram práticas psicológicas e médicas de avaliação que pressupõem um sujeito a priori (determinado por seu contexto e/ou hereditariedade) e não a posteriori (em construção, indeterminado, afetado por fatores internos e externos, mas implicado e agente de mudanças), sendo assim definido por representações coletivas de periculosidade, impossibilidade de tratamento e justiça discriminatória (Marques, 2017). Este cenário ilustra os ditos de Foucault (2011) de que, no contexto de avaliação e tratamento dessa população, são criadas e (re)afirmadas verdades absolutas acerca da incorrigibilidade dos quadros. O autor ainda afirma que essa é uma postura multissecular, pois:

[...] à medida que o crime vai se patologizando cada vez mais, à medida que o perito e o juiz trocam de papel – toda essa forma de controle, de apreciação, de efeito de poder ligado à caracterização de um indivíduo, tudo isso se torna cada vez mais ativo (Foucault, 2011, p. 33).

O objetivo deste texto, portanto, é introduzir uma discussão sobre os impasses práticos gerados pela miscelânea de concepções teóricas em ação na compreensão e, conseqüentemente, no cuidado dos sujeitos inimputáveis – popularmente conhecidos como loucos infratores. No palco do direito penal, ciências como a psicologia e a psiquiatria foram convocadas a apresentar leituras, nas quais se observa o predomínio do paradigma materialista e de uma visão organicista e determinista ligada a ele. Neste terreno, tais leituras podem operar vieses reducionistas e intervenções arcaicas com aval das ciências, sobremaneira nos espaços judiciais e penitenciários, locais secularmente marcados por violências e desigualdades na justiça penal (Vaz, 2018).

## **O crime, a mente e o conceito de periculosidade**

O advento das ciências cognitivas e o desenvolvimento das neurociências revitalizaram as discussões sobre o que se sabe até o momento sobre o funcionamento da mente humana e suas relações com o cérebro (Vasconcellos, 2007). Por outro lado, priorizaram uma compreensão dos fenômenos

mentais e sua repercussão no comportamento humano de modo parcializado e prioritariamente associado à (dis)função cerebral.

Se buscarmos na Filosofia da Mente o paradigma vinculado a esta visão, chegaremos ao sistema filosófico monista no qual as correntes materialistas se localizam. Aqui, toda e qualquer explanação sobre a ontologia dos fenômenos mentais parte exclusivamente da matéria. “Embora o materialismo reducionista seja uma hipótese que valha a pena investigar, não é um fato científico, como muitos acreditam” (Moreira-Almeida, 2013, p. 106).

De fato, apesar de ser inquestionável a vastidão de conhecimentos e o avanço acumulado no campo científico sobre a questão, uma resposta estritamente materialista da mente até hoje não se concretizou (Moreira-Almeida, 2013). Ainda assim, diante do ideal que rege a boa ciência (mesmo em tempo de Pós-Modernidade), ou seja, a busca por verdades sólidas, salva de enganos, empírica, capaz de validar seus dados, o referencial preponderante é esse.

Sob este viés, uma variedade de saberes, técnicas e discursos científicos serão incorporados ao sistema penal (Reishoffer & Bicalho, 2017), principalmente provenientes dos campos da psiquiatria e da psicologia, com vistas a descrever a mente criminosa, seja ela portadora ou não de doença mental. Diante do alinhamento com o princípio positivista, formador do direito penal brasileiro<sup>21</sup>, as ciências médicas e psicológicas agregaram ao poder disciplinar um caráter preventivo pelo critério da periculosidade (Reishoffer & Bicalho, 2017).

Trata-se, indubitavelmente, de um tratamento útil, e com seu uso a psiquiatria do criticismo-positivista construiu um corpo de conhecimentos de onde ancorou solidamente a clínica; mas tratava-se de um procedimento redutivo que considerava somente o verificável de acordo com as regras estabelecidas. Essa forma de diagnosticar, ainda que científica, foi insuficiente no que se refere à pessoa (Sauri, 2001, p. 23).

Pela égide do racionalismo e do positivismo, configurava-se como fundamental conhecer o sujeito criminoso e o que estava por trás de suas motivações. “Tornava-se necessário que o Direito avançasse em direção a critérios científicos para que cada sociedade pudesse estudar seus criminosos [...], defender-se de forma natural contra aquilo que era considerado uma ameaça.” (Reishoffer & Bicalho, 2017, pág. 35)

O que já transitava nas rodas de conversas e que compunha o imaginário popular é atualizado sob uma roupagem científica e, a partir da prevalência no direito de uma noção desumanizadora do sujeito, emerge, ao mesmo tempo, uma

21 Para mais detalhes, sugerimos a leitura do artigo de Alvarez, M.C. (2002). *A criminologia no Brasil ou como tratar desigualmente os desiguais*. Dados, 45(4), 677-704. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582002000400005>

categoria nosológica e suas formas de tratamento: o louco infrator. A criminologia passa a se fundar na ideia de uma suposta “inferioridade moral” traduzida no conceito de periculosidade e na necessidade de defesa social (Jacobina, 2004).

Para além da responsabilidade e da culpa – paradigmas que fundamentam a pena para os infratores comuns –, a lei passa a vigorar sob uma visão do louco, do doente, irresponsável, cuja periculosidade precisa ser medida e contida. Nasce o conceito de inimputabilidade atrelado à presunção de periculosidade (Decreto-Lei n. 2.848, 1940).

Com o tratamento “científico” dado à loucura iniciado por Pinel e o advento da Escola Criminológica Positivista<sup>22</sup> – de Lombroso, Ferri e Garófalo – nasce o paradigma do criminoso nato e da periculosidade associada a ele. Em última instância, se todos são passíveis de atos de insanidade ainda que momentâneos, e se os crimes não são necessariamente tipos positivados em algum código legal, mas uma conduta que atenta contra “sentimentos altruísticos fundamentais de piedade e probidade, na medida média da humanidade” (Jacobina, 2004, p. 72), então caberia ao Direito Penal a atuação preventiva a crimes futuros e inevitáveis, numa aplicação do determinismo social ao direito.

Numa combinação aniquiladora para o sujeito, associa-se num corpo caracteres biológicos inatos (físicos e mentais) e sociais como determinantes do traço criminoso.

A lógica subjacente desse movimento determinista segue o caminho de explicar aspectos biológicos como causa dos efeitos sociais. Assim, determinados comportamentos tidos como problemáticos são tipificados como crimes e loucuras por aqueles que não apresentam repertório comportamental semelhante, pois estes por vezes entendem que tais sinais e sintomas são justificativas suficientes para categorização de certas práticas em quadros penais e nosológicos (Baratta, 2002).

A tendência de caracterizar um ato como sendo estranho socialmente por não estar presente, por exemplo, em uma média estatística leva à patologização de parte da vida cotidiana de determinados estratos sociais, gerando um personagem sobre o qual se depositam a causa e a consequência de seus atos em prol da proteção do bem social (Girard, 2011).

Não se trata de afirmar a ausência dos crimes ou das “loucuras” por assim dizer, mas de uma reflexão acerca das limitações das práticas psiquiátricas, penais e psicológicas muitas vezes deixadas de lado para justificar que o autor de um crime e portador de um transtorno mental é culpado de si mesmo. Diante disso, “não há mais crime que não seja, em alguma mota, uma evidência

22 De acordo com Alvarez (2002), Lombroso, Ferri e Garófalo são os principais representantes da denominada Escola Positivista de Criminologia que pretendeu construir uma abordagem científica do crime a partir de um atavismo tanto físico quanto mental do criminoso.

de degeneração. Não há mais criminoso que não seja, de algum modo, um paciente psiquiátrico potencial” (Jacobina, 2004, p. 71).

Consequentemente, nesse contexto, operou-se um reducionismo do binômio louco-infrator, negligenciando o aspecto multifatorial e a complexidade em volta da gênese do adoecimento psíquico, assim como da própria criminalidade. Sob o predomínio de uma visão organicista aliada à defesa social, instituiu-se a medida de segurança como a resposta penal ao sujeito louco e criminoso, cuja periculosidade deve ser monitorada e adestrada em instituições – os manicômios judiciários –, à margem da sociedade, até que seu retorno “seguro” possa ser garantido.

Para dar seguimento a isso, a psiquiatria e a psicologia foram convocadas a atuar na área penal e a definir modos/práticas de controle e de cura, em um movimento político-social de aperfeiçoar as práticas de controle em prol do menor custo possível de tempo, energia e espaço (Foucault, 2013).

Os estudos nessas áreas giram suas lentes curiosas para o criminoso e seus crimes, buscando desenvolver a melhor punição/tratamento para se combater a anormalidade, segundo a apreensão de padrões de periculosidade. A ideia era proteger todos nós e eles deles mesmos. Conforme Reishoffer & Bicalho (2017),

Além dos loucos infratores, toda uma classe de criminosos passa a ser monitorada pelo dispositivo da periculosidade: os limítrofes, os reincidentes, criminosos com vasta ficha criminal, os praticantes de crimes contra os costumes, criminosos com registros de violência e crueldade etc. (p. 36).

Com vistas a sedimentar tal visão, foram criados dispositivos legais nas áreas do direito, da psicologia e da psiquiatria, como a Lei n. 4.119 (1962), que regulamenta a profissão do psicólogo, e a Lei n. 7.210 (1984), chamada de Lei de Execução Penal, com vistas a regulamentar práticas avaliativas necessárias e destinadas a identificar “traços”, disfunções físico-mentais e o respectivo “tratamento”. Surgiram também, decorrentes da tarefa precipuamente avaliativa desses profissionais recém-ingressos nos sistemas de justiça penal, instrumentos como os exames criminológicos, as perícias e os respectivos laudos, as medidas de segurança.

Tais avaliações são fundamentadas, como já vimos, em uma suposta tendência criminosa, fruto de epistemologias marcadamente monistas, positivistas e organicistas, cuja resposta curativa associada ofertava muito mais isolamento e reclusão (punição) do que possibilidades de cuidado, de tratamento e de socialização.

A adoção de uma lente assim implicou em um reducionismo limitante e parcializado ao estabelecer uma biografia patológica do criminoso, totalmente determinada por suas características pessoais, sem considerar a complexidade dos fenômenos humanos, a singularidade de suas histórias e a imprevisibilidade

de suas subjetividades e de seus comportamentos. Afinal, somos um tipo de ser cuja essência é precedida pela experiência, marcada pela relação com o outro e mediada pela linguagem. Uma materialidade orgânica que é afetada por outras dimensões (simbólicas, imaginárias, históricas, sociais, econômicas, espirituais) que juntas dão corpo ao que virá a ser (Freud, 1921/2013; Guimarães & Celes, 2007).

## **A medida de segurança: pena ou tratamento?**

Como já foi dito, a partir da incorporação do conceito de loucura e de critérios subjetivos e sociais na tipificação de comportamentos entendidos como desviantes nas leis e nas práticas judiciais, ascendeu o conceito de periculosidade. Corolário a ele, temos a noção de inimputabilidade, definida no artigo 26 do Código Penal (Brasil, 1940) como a qualidade daquele que é isento de pena em decorrência de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado e que, por isso, no tempo da ação ou omissão, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Ao ser constatada essa ocorrência, por perícia médica, a pedido das autoridades judiciais atuantes no processo, sob julgamento e em audiência, a pessoa autora do delito é absolvida (absolvição imprópria, por exceção, excepcionalidade) e submetida a uma medida de segurança (Brasil, 1941).

Por ser considerado irresponsável e perigoso perante a lei, o sujeito, ao invés de uma pena, é submetido a um tratamento obrigatório, determinado pelo juiz, sem tempo certo, ajustado a partir das conclusões dos exames de verificação de cessação de periculosidade (EVCP), além de outras ferramentas de testagem e monitoramento dos presumidos níveis de periculosidade.

Segundo artigo 97, §1º, do Código Penal, para os inimputáveis, define-se apenas o tempo mínimo que varia de um a três anos independente da modalidade de medida de segurança aplicada (internação ou tratamento ambulatorial) (Brasil, 1940). Uma duração sem objetividade e limites voltada mais a dominar o sujeito e puni-lo pelo que é do que pelo ato ilícito.

Em um grau menor, ocasionalmente, também os presos comuns, principalmente aqueles autores de crimes sexuais e/ou violentos, considerados de grande poder ofensivo, a pedido do juiz, se submetem a outro tipo de exame, o criminológico, no curso da pena com vistas a avaliar riscos e condições favoráveis ao retorno ao convívio social (Brasil, 1984).

Tais práticas são realizadas por peritos, em geral, em um único encontro, cuja abordagem prioriza aspectos do passado do sujeito, das circunstâncias do delito ou ainda de uma atualidade limitada ao cárcere, operando um reducionismo do ser ao seu ato, negligenciando potencialidades e capacidades a

serem desenvolvidas. Sem espaço para mudanças, nega-se a imprevisibilidade do futuro, ao vincular a vida a uma materialidade corporal e sua progressiva degenerescência física ou moral.

Jacobina (2004) questiona a aplicabilidade daquela sanção evidenciando um completo descompasso entre o entendimento dado ainda hoje pelo Direito Penal (nesse ponto, ainda oriundo de uma vertente positivista) e o que hoje se apregoa como medida terapêutica para pacientes com transtorno mental na ciência, na saúde mental e no próprio Direito Sanitário.

Conforme Silva (2010), nesse embuste, podemos encontrar duas concepções conflitantes sobre o louco criminoso com implicações variadas no que se refere à ideia de responsabilidade e no que elas, por sua vez, também geram em intervenções sem sentido e que não conseguem produzir o efeito esperado. São elas o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico os quais, na prática, diante da impossível conciliação, intercambiam posições e decisões acerca do processo judicial, do tratamento e da evolução do ser louco e infrator, minando direitos e muitas vezes atentando direta ou indiretamente em prejuízos na integridade física, por ação ou omissão, diante da cronificação do transtorno apresentado.

Uma abordagem coativa, repressora, manicomial, determinista, com visível predominância de um único saber – o médico, inclusive com autoridade para versar sobre o tempo de progressão –, não se sustenta mais como abordagem clinicamente eficaz. Com isso, é necessário problematizar o conceito de (ir)responsabilidade penal para torná-lo mais coerente com outras visões contemporâneas e interdisciplinares sobre a loucura.

Para isso, será necessário dar novos lugares a saberes (não consagrados) na esfera judicial com vistas a elaborar uma responsabilidade plural e adequada aos diversos modos de ser, pensar e agir no mundo, com foco no respeito às diferenças e na integração das pessoas, mesmo diante de passagens ao ato que resultem em danos violentos e injustos.

## **A reforma psiquiátrica e a pressão por novos paradigmas**

No campo da saúde mental, um movimento formado por profissionais, pesquisadores e usuários dos serviços existentes foi reconhecendo os danos causados pelo modelo manicomial de tratamento da loucura. Lentamente, mudanças políticas e de saúde foram organizando uma reforma estrutural no modelo manicomial disponível.

Os problemas do contexto penitenciário (falta de profissionais, excesso de solicitação de laudos e relatórios devido à superlotação carcerária, ausência de

aprimoramento técnico), suas violações e tensões eram conhecidos e tocavam o campo da saúde mental. Porém, as mudanças no paradigma assistencial e na legislação em busca de novas vias para o tratamento da loucura só envolveram alterações (pelo menos normativas) anos depois no espaço judicial.

Nesse sentido, houve ações voltadas a levar os preceitos do movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica no âmbito penal (Reishoffer & Bicalho, 2017). Cita-se a própria Lei n. 10.216 (2001), chamada de Lei da Reforma Psiquiátrica, além de publicação pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011) sobre a atuação do psicólogo no ambiente prisional e normas do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2010; 2011).

Diante da insuficiência da abordagem tradicional no manejo com pacientes portadores de transtornos mentais e da constatação que a permanência do sujeito no ambiente institucional, manicomial, corrobora com a cronicidade da doença, gradativamente, foram adentrando ao país as experiências internacionais implementadas pela antipsiquiatria e pela psiquiatria democrática cujo representante mais expoente é o psiquiatra italiano Franco Basaglia (Jacobina, 2004). Suas ideias e seu ativismo contra a violência institucional e a favor de um novo lugar social para a loucura ganha espaço no processo de redemocratização em curso no país e nas transformações das políticas de saúde e atenção psicossocial (Amarantes & Nunes, 2018; Serapioni, 2019).

A repercussão e apropriação de tais ideais no âmbito do direito sanitário brasileiro encontraram guarida na própria Constituição Federal (1988), que assegurou, em algum nível, as transformações ocorridas em toda a rede de assistência à saúde mental com a aprovação da Lei 10.216/2001 como a gradativa substituição dos dispositivos hospitalocêntricos e asilares para outros inseridos na comunidade e essencialmente montados para assistência em meio aberto como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No bojo dessas “desconstruções” filosóficas e principiológicas, pouco se avançou no que se refere às medidas de segurança, diferentemente das transformações reais que abrangeram a área da Saúde. Isto visto que os manicômios judiciais e sua lógica predominantemente penitenciária e punitiva se encontram plenamente ativas no ordenamento jurídico e na prática dos juízos criminais e de execução penal. Essas instituições permanecem intimamente alinhadas ao padrão custódia, disfarçadas na função saúde, ao fazer referência em seus nomes e, no fim, à palavra tratamento.

Aqui, podemos concluir que, no que se destina à garantia de direitos humanos básicos, o caráter dual das medidas de segurança foi sobrepujado pela força e pelo peso do estigma e do vínculo com a seara penal. Lamentavelmente, há que se averiguar que, apesar de ainda vigorarem as Leis do Sistema Único de Saúde – SUS e da Reforma, com sua potencialidade preservada e seu pluralismo, não foi possível questionar junto aos operadores do Direito



Penal e do legislador sobre a legitimidade da Medida de Segurança, sustentada em visões retrógradas e limitantes do sujeito criminoso.

Enquanto isso, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e as Alas de tratamento Psiquiátrico persistem operando como lugar de depósito de pessoas e de silenciamento de suas subjetividades, em dissenso com as legislações posteriores, dentre elas, aquelas voltadas para a atenção à saúde mental (Barros-Brisset 2011; Caetano, 2018). Os equipamentos de saúde, por sua vez, comparecem como locais interditados ao tratamento dessas demandas “híbridas” (sanitárias e penais), fortemente identificadas pelo peso penal e pelo significativo perigoso imanente a ele. E as intervenções clínicas (exames e laudos) interlocutoras de sujeitos determinados pelo ato e pelo seu passado. Nesse circuito, restam às pessoas viver à margem, sem lugar e sem voz.

### **A Psicanálise nos tribunais e sua discursividade sobre o dilema mente-corpo a partir do conceito de pulsão**

Podemos localizar a problemática mente-corpo como fundante e central também na construção da clínica e da teoria psicanalítica. Engajado na sua pesquisa sobre a etiologia das neuroses, Freud construiu uma prática de tratamento que promoveu rachaduras na clássica dicotomia entre os limites do orgânico e do psíquico na determinação das doenças nervosas.

A psicanálise nasceu como trabalho de tratamento das neuroses e, a partir da experiência clínica, empreendeu um outro discurso sobre a etiologia e o diagnóstico das afecções mentais. “Psicanálise é o nome de batismo desse trabalho, é o nome próprio de uma prática de tratamento que teria alcançado desenvolvimentos inicialmente inimagináveis, já constatava seu fundador” (Celes, 2010, p. 66).

Pode-se afirmar que as medidas de segurança operam tensões e reflexões de interesse da psicanálise e de sua interlocução com o Direito, um terreno movediço já sinalizado por Freud, desde 1906, no seu texto *A Psicanálise e a Determinação dos Fatos nos Processos Jurídicos*. Enquanto a psicanálise se consagrava como método de investigação e de compreensão do psiquismo, a Criminologia nascia sob o propósito de investigar a personalidade e seus atos criminosos (Ceccarelli, 2013).

Um encontro oportuno que convocava Freud, já naquela ocasião, a ressaltar os riscos de um uso descabido de sua teoria no sistema inquisitorial e acusatório comuns ao contexto jurídico. Afinal, como inserir uma teoria do inconsciente no ambiente das ciências positivistas, onde o paradigma da objetividade reduz a subjetividade a visões deterministas interessadas em



identificar marcadores biossociais intrínsecos responsáveis por deficiências mentais ou de caráter? A despeito das diferenças abismais e dos desafios erigidos pela natureza institucional, o debate tem se mostrado fecundo para ambos os saberes.

Nesse sentido, pensar sobre a psicanálise, seus pressupostos e os rumos revolucionários do seu desenvolvimento, inclusive no giro epistemológico realizado desde Freud e Lacan no seu escopo originário<sup>23</sup>, pode indicar possibilidades de novas rupturas de uma visão ainda predominantemente maniqueísta das ações humanas na seara penal.

Para o fim específico deste texto, o conceito de pulsão é retomado como conceito-chave para contrapor o paradigma da periculosidade e as práticas que ele fundamenta na execução das medidas de segurança.

Assim, o corpo parte do biológico, mas não se resume a ele. Diante de uma condição de nascimento inacabada e totalmente dependente, o ser humano se constitui a partir dos cuidados daqueles que o cercam. Ele também está inserido na cultura, nos seus códigos, que, por sua vez, incide nos atos, nos modos de ser e de sofrer. O ser, então, revela-se a partir de uma trama complexa entre a materialidade orgânica, o psíquico e o social em uma combinação difícil de separar, mensurar, isolar. “A disposição e a experiência estão aqui ligadas numa unidade etiológica indissolúvel” (Freud, 1914/2006, p. 28).

Sem negar uma raiz originária das ciências médicas, a psicanálise emerge como nova modalidade discursiva cujos conceitos desnaturalizam o normal e o patológico, pondo de lado certezas até então dadas.

Ao longo do seu desenvolvimento teórico, a psicanálise passou de uma leitura determinista do psíquico (a sexualidade na determinação subjetiva) para uma leitura eminentemente indeterminista (estrutural), desembocando no conceito de pulsão (Birman, 1996, p. 56). Tal conceito, definido como fronteira entre o psíquico e o somático, evoca à filogênese ao mesmo tempo que destaca a especificidade humana e sua condição cultural – atravessada pela linguagem – cuja incidência altera profundamente todo o percurso do arco pulsional (Freud, 1915/2004).

A construção freudiana, empreendida em “As pulsões e seus destinos”, indicou rigorosamente como o sujeito se constituiu mediante diferentes destinos, produzidos pela articulação entre as forças pulsionais e o Outro.

23 Ao iniciar a construção da sua teoria, Freud parte da neurologia e de sua formação médica para empreender no estudo e no tratamento da histeria. Contudo, ao longo do desenvolvimento da sua obra, tais referências são revistas e problematizadas gradativamente diante da elaboração de um tratamento que tem por base a fala (*talking cure*). Desde então, apesar da referência no texto a Freud e a Lacan, é certo que o desenvolvimento da psicanálise se expandiu para além deles.

Seria o Outro que regularia o impacto das forças pulsionais, de forma a inscrever o sujeito nos registros da representação e da objetividade [...] numa construção complexa em espiral, onde as oposições dentro e fora, interior e exterior, se costuram de maneira progressiva e sempre recomeçada (Birman, 1996, p. 61).

Regido por uma força pulsional constante e contínua, o sujeito estaria, então, diante de uma radical alteridade, “nunca estaria terminado e concluído” (Birman, 1996, p. 62). Na metapsicologia freudiana, é esta força chamada pulsão e seus destinos que levariam o homem ao melhor e ao pior de suas produções (Birman, 2010).

Hoje, a presença da psicanálise em campos estrangeiros e sua interlocução com áreas não necessariamente afins ao seu propósito terapêutico tradicional comprovam a amplitude que ela ganhou nos últimos tempos como procedimento de escuta e de intervenção subjetiva durável que não seja somente pedagógica ou corretora (Celes, 2010, p. 76-77). A psicanálise devido à sua compreensão sobre a multiplicidade das determinações subjetivas (sedimentada no conceito de pulsão) e à sua inalienável origem como tratamento (à ética de sua clínica), impõe a necessária atitude de acolher e ouvir cada sujeito em sua singularidade constitutiva, podendo sugerir formas de atuação até mesmo fora de sua tradicional clínica. É evidente que tal extensão da psicanálise, embora, de modo geral, há muito tempo sugerida e aplicada, por assim dizer, constitui-se um desafio permanente (como aliás o é todo seu trabalho de tratamento).

Essa aproximação exige cuidados dos saberes para que se viabilize uma conversa dialógica e uma prática colaborativa dando cabimento ao singular em locais de intenso sofrimento como o campo penal.

Abordar essas questões configura, ainda, uma possibilidade de levar a escuta clínica da psicanálise a contextos e sujeitos que historicamente se mantiveram estrangeiros a sua teoria, o que pode ser visto como um dos desafios que a convoca enquanto técnica e ética na contemporaneidade.

## Conclusão

Entendemos que a visão monista e suas correntes materialistas estão na base dos construtos formadores do Direito Penal e suas implicações teórico-práticas principalmente às voltas do tratamento dado ao conhecido como louco infrator por intermédio de uma alternativa penal denominada medida de segurança. Sob um viés positivista, determinista e organicista, o Direito Penal adotou uma visão desumanizadora da loucura e consequentemente do sujeito que opera o binômio louco-criminoso. Embasado pelo paradigma do criminoso

inato e de uma concepção estigmatizante de loucura, foram delineados instrumentos de controle e avaliação parciais, sem sustentação científica, a partir da convocação de outros saberes para a cena penal, gerando no Brasil, uma situação muitas vezes de pena perpétua ao invés de tratamento a essa população.

São relativamente recentes os estudos que se debruçam e aprofundam as interlocuções entre Direito Penal, Psiquiatria e Psicologia. Pode-se citar como um dos interesses recíprocos entre esses campos e que possibilitou uma aproximação íntima entre eles as questões direcionadas a entender o que está por detrás do comportamento humano, suas motivações, seus atos, principalmente quando estes são identificados como portadores de uma mente criminosa. A medida de segurança é a resposta penal para lidar com a loucura que chega aos Tribunais. De porte da Psiquiatria e da Psicologia, o Direito Penal e seus dispositivos legais dão o tom do tratamento, realizando inversões e violações persistentes, mesmo após avanços constitucionais e legais (Lei n. 10.216, 2001).

Nesse contexto, o louco infrator perde sua subjetividade ao ser identificado como perigoso e irresponsável. É alijado dos seus direitos constitucionais e torna-se um corpo objetificado a ser estudado e avaliado periodicamente. Diante disso, diagnósticos classificatórios, medicalização, isolamento são práxis herdadas de concepções retrógradas e anacrônicas difíceis de superar, face a crenças pessoais travestidas de científicas e uso de teorias aceitas como verdade prematuramente.

Acredita-se que ampliar e diversificar a base empírica e teórica em ação nesse contexto e a possibilidade de realizar novos olhares para os fenômenos estudados poderão contribuir com uma mudança positiva e quiçá alguma efetividade seja no cuidado, seja nos próprios índices de reincidência.

Para isso, paradigmas plurais e complexos, elaborados com o aperfeiçoamento das ciências médicas e psicológicas e já consagrados na área da saúde, devem adentrar os portões reforçados das instituições penais e judiciais seja pela via da resistência, seja pela via da divulgação e do compartilhamento de práticas mais alinhadas a uma visão humanizada e amparada na garantia dos direitos fundamentais da pessoa humana (cidadania, autonomia, respeito, responsabilização, cuidado, etc).

A Psicanálise pode ser inserida neste debate como a teoria que rompe com a dualidade do problema mente-corpo, ao considerar o humano a partir de uma dimensão estrutural, não causal e indeterminada do sujeito. A pulsão é o conceito metapsicológico que definirá a natureza humana como marcada pela alteridade. O sujeito da psicanálise é definido por um significativo falto, inscrito por uma mobilidade pulsional intensa que o remete à incessante tentativa de inscrição de sua singularidade. Apesar de um percurso conceitual complexo e ambíguo, ao assumir o polo alteritário do sujeito, a psicanálise

inova numa concepção sobre corpo e psiquismo, amalgamados, num *continuum* impossível de demarcar onde um se sobrepõe ao outro.

## REFERÊNCIAS

Alvarez, M. C. (2002). A Criminologia no Brasil ou Como Tratar Desigualmente os Desiguais. *Dados*, 45(4), 677-704. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582002000400005>

Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). A Reforma Psiquiátrica no SUS e a Luta por uma Sociedade sem Manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>

Baratta, A. (2002). *Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal. Introdução à Sociologia do Direito Penal*. Revan.

Barros-Brisset, F.O. (2011). Genealogia do Conceito de Periculosidade. *Revista Responsabilidades*, 1(1) 37-52. [http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai\\_pj/revista/edicoes-1-1.html](http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicoes-1-1.html)

Birman, J. (1996). Indeterminismo e Incerteza do Sujeito na Ética da Psicanálise (Uma Leitura sobre o Fundamento Ético do Discurso Freudiano). In M. I. França (Orgs.), *Ética, Psicanálise e sua transmissão* (pp. 34-65). Vozes.

Birman, J. (2010). Governabilidade, Força e Sublimação: Freud e a filosofia política. *Psicologia USP*, 21(3), 531-556. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000300005>

Brasil (1940). *Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Institui o Código Penal. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)

Brasil (1941). *Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941*. Institui o Código de Processo Penal. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm)

Brasil (1984). *Lei No 7.210, de 11 de julho de 1984*. Institui a Lei de Execução Penal. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm)

Brasil (2001). *Lei No 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o

modelo assistencial em saúde mental. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm)

Caetano, H. (2018). *Loucura e Direito Penal*. (Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense). [https://app.uff.br/slab/index.php/busca/formulario\\_completo/1081](https://app.uff.br/slab/index.php/busca/formulario_completo/1081)

Ceccarelli, P. R. (2013). Psicanálise na Cena do Crime. *Tempo Psicanalítico*, 45, 401-418. <http://www.ceccarelli.psc.br/texts/psiq-cena-crime.pdf>

Celes, L. A. M. (2010). Clínica Psicanalítica: Aproximações Histórico-Conceptuais e Contemporâneas e Perspectivas Futuras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 65-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500006>

Conselho Nacional de Justiça – CNJ (2011). *Recomendação No 35, de 12 de julho de 2011*. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. [https://atos.cnj.jus.br/files//recomendacao/recomendacao\\_35\\_12072011\\_22102012170144.pdf](https://atos.cnj.jus.br/files//recomendacao/recomendacao_35_12072011_22102012170144.pdf)

Conselho Nacional de Justiça (2010). *Resolução No 113, de 20 de abril de 2010*. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. [https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao\\_comp\\_113\\_20042010\\_25032019154646.pdf](https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_comp_113_20042010_25032019154646.pdf)

Freud, S. (1996). A História do Movimento Psicanalítico, Artigos Sobre a Metapsicologia e Outros Trabalhos. In J. Strachey (ed.), *Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 15-73). Imago. (Originalmente publicado em 1914-1916).

Freud, S. (2004). *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente 1911-1915*, (L. A. Hanns, coordenação geral tradução, Vol. 1). Imago. (Originalmente publicado em 1911-1915).

Foucault, M. (2011). *Os Anormais. Curso no Collège de France*. Martinsfontes. (Originalmente publicado em 1974-1975).

Foucault, M. (2013). *Vigiar e Punir. O Nascimento da Prisão*. Editora Vozes. (Originalmente publicado em 1975).

Girard, R. (2011). *Aquele por quem o Escândalo Vem*. Realizações Editora.

Guimarães, Veridiana Canezin, & Celes, Luiz Augusto M. (2007). O Psíquico e o Social numa Perspectiva Metapsicológica: o Conceito de Identificação em Freud. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 341-346. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000300014>

Jacobina, P. V. (2004). Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. *Revista de Direito Sanitário*, 5(1), 67-85. <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889/84516>

Marques, F. D. (2017). *Psicodiagnóstico e Avaliação Penal: Marginalização ou Cuidado? Contribuições à Luz da Filosofia da Linguagem*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil). Repositório Institucional da UnB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24918>

Reishoffer, J. C., & Bicalho, P. P. G. (2017). Exame Criminológico e Psicologia: Crise e Manutenção da Disciplina Carcerária. *Fractal: Revista de Psicologia*, 29(1), 34-44. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1430>

Sauri, J. J. (2011). *O que é Diagnosticar em Psiquiatria*. Escuta.

Sêga, R. A. (2000). O Conceito de Representação Social nas Obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Anos 90*, 8(13), 128-133. <https://doi.org/10.22456/1983-201X.6719>

Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>

Serapioni, Mauro. (2019). Franco Basaglia: Biografia de um Revolucionário. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 26(4), 1169-1187. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000400008>

Silva, M. B. B. (2010). As Pessoas em Medida de Segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Contexto do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 20(1), 95-105. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000100013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100013)

Vasconcellos, S. J. L. (2007). Filosofia da Mente: uma Revisão Crítica. *PSICO*, 38(2), 90-195. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistaspsico/article/view/2566>

Vaz, M. J. C. (2018). Crítica da Nova Etiqueta Neurocriminológica de Perigoso Nato. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, 144(26), 81-123. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6563743>

Villas Bôas, L. P. S. (2004). Teoria das Representações Sociais e o Conceito de Emoção: Diálogos Possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana. *Psicologia da Educação*, 19(2), 143-166. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-69752004000200008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752004000200008&lng=pt&tlng=pt).

Winograd, M. (2004). Freud é Monista, Dualista ou Pluralista? *Ágora*, 2(2), 203-220. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982004000200002>.

# APLICAÇÃO CLÍNICA DOS MODELOS CATEGÓRICO, HÍBRIDO E ESTRUTURAL DE DIAGNÓSTICO DA PERSONALIDADE

*Sérgio Eduardo Silva de Oliveira*  
*Denise Ruschel Bandeira*

---

As recentes mudanças na forma de conceitualizar e avaliar os transtornos da personalidade (TP) demandam da comunidade científica e clínica uma postura crítica e colaborativa, com a finalidade de aprimorar a prática e a ciência acerca do diagnóstico de TP. O objetivo do presente capítulo é apresentar a aplicabilidade clínica de três modelos diagnósticos, quais sejam, o modelo categórico, o modelo híbrido e o modelo estrutural. Para tanto, foi conduzido um estudo empírico envolvendo a participação de 48 indivíduos adultos, os quais foram avaliados entre três e quatro encontros por meio de entrevistas estruturadas, testes psicológicos e de métodos de observação clínica. O presente capítulo visa discutir de forma teórica, metodológica e prática as implicações dos diferentes modelos na prática clínica.

## **Os Modelos Diagnósticos para os TP**

A compreensão acerca dos TP tem sofrido mudanças significativas nos últimos anos (Oliveira et al., 2019). Dois marcos dessas mudanças são a publicação do modelo híbrido de diagnóstico de TP na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) e do modelo dimensional aprovado para a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11; Pull & Janca, 2020). Os pesquisadores da área demonstram consenso quanto aos problemas científicos e práticos que o modelo categórico possui, quais sejam, elevada prevalência de comorbidade, heterogeneidade entre pacientes dentro de uma mesma categoria diagnóstica, instabilidade temporal, pontos de corte arbitrários nos conjuntos de critérios politéticos, elevada frequência do diagnóstico de Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação (TP-SOE), entre outros (Clark et al., 1997; Morey et al., 2014; Verheul & Widiger, 2004; Widiger, 1993; Zimmerman et al., 2012). Lembrando que o modelo categórico é conhecido pelos 10 tipos de TP: antissocial, *borderline*, dependente, esquiva, esquizoide, esquizotípica, histriônica, narcisista, obsessivo-compulsiva e paranoide. Para suprir essas



limitações, modelos de abordagens dimensionais têm sido desenvolvidos e mostrado superioridade em termos de validade e confiabilidade (Oliveira, 2019).

O modelo híbrido apresentado no DSM-5 foi elaborado como uma alternativa ao modelo categórico e a literatura tem reportado sua validade e confiabilidade (por exemplo: Hopwood et al., 2012; Morey & Skodol, 2013; Skodol et al., 2015). Esse modelo é chamado de híbrido porque agrega as abordagens dimensional e categórica. Dessa forma, a avaliação das características do paciente é feita com base em modelos dimensionais e a conclusão diagnóstica pode ser categórica, caso o perfil de traços se assemelhe a um tipo específico de TP. Nesse modelo, são consideradas seis categorias diagnósticas específicas: o TP antissocial, *borderline*, esquizotípica, evitativa, narcisista e obsessivo-compulsiva. As demais categorias diagnósticas foram excluídas por falta de evidências científicas de validade, excessiva comorbidade com outros TP e por subutilização (Skodol et al., 2011). Contudo, os traços patológicos característicos dessas categorias diagnósticas são abarcados pelo diagnóstico de Transtorno da Personalidade – Especificado pelo Traço (TP-ET) (American Psychiatric Association, 2013). A categoria TP-ET é aplicada quando um paciente apresenta um ou mais traços patológicos diferentes dos perfis prototípicos dos seis tipos específicos de TP (American Psychiatric Association, 2013). Para melhor conhecer o modelo híbrido recomenda-se a leitura de Oliveira (2018a, 2018b).

Para além dos modelos categórico e híbrido de conceitualização dos TP, encontra-se na literatura uma série de modelos alternativos (ver revisão feita por Widiger & Simonsen, 2005). Kernberg (1995), baseado na teoria psicodinâmica das relações de objeto, propôs um modelo parcimonioso de entendimento dos TP. Ele sugere um modelo bidimensional, onde duas linhas ortogonais se intersectam, sendo que no eixo Y se identifica o nível de organização da personalidade (OP) e no eixo X o estilo de vivência introvertido-extrovertido (Oliveira & Bandeira, 2013a). A dimensão Introversão/Extroversão refere-se à disposição temperamental que influencia o tipo de TP (internalizante ou externalizante). A dimensão OP refere-se à qualidade do funcionamento da personalidade, variando desde um nível superior, maduro, integrado, flexível e adaptativo até um nível inferior, primitivo, desintegrado, rígido e mal adaptativo. Essa dimensão é estimada com base na avaliação de três funções psicológicas: o nível de formação da identidade (integrada versus difusa); a predominância dos tipos de mecanismos de defesa utilizados (maduros versus primitivos); e a capacidade para testar a realidade (boa, prejudicada ou ausente) (Caligor et al., 2007; Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005). Ao longo do *continuum* do nível de OP superior-inferior são

ancoradas cinco categorias qualitativas: OP normal, neurótica, *borderline* superior, *borderline* inferior e psicótica (Kernberg & Caligor, 2005).

Nota-se que cada um dos modelos aqui discutidos conceitualizam e operacionalizam a avaliação dos TP de formas distintas. Desse modo, neste capítulo, pretendemos apresentar os resultados de uma investigação empírica cujo objetivo principal foi verificar a aplicabilidade clínica desses modelos, bem como investigar as semelhanças e diferenças entre esses sistemas de classificação dos TP.

## Investigação Empírica dos Modelos Diagnósticos

Um total de 50 indivíduos adultos aceitaram participar voluntariamente do estudo, contudo dois deles não completaram todo o protocolo da pesquisa, resultando em uma amostra final de 48 participantes. A idade dos participantes variou de 18 a 61 anos ( $M = 31,6$ ;  $DP = 10,2$ ) e 64,6% deles eram do sexo feminino. Os participantes foram agrupados de acordo com a presença ou ausência de transtornos mentais, sendo que 10 indivíduos formaram o grupo não-clínico (Idade:  $M = 28,1$ ;  $DP = 8,3$ ; Sexo: 90% feminino) e 38 o grupo clínico (Idade:  $M = 32,5$ ;  $DP = 10,6$ ; Sexo: 64,6% feminino). A Tabela 1 apresenta as frequências das hipóteses diagnósticas estabelecidas para o grupo clínico por meio da Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I (SCID-I; First et al., 1997).

**Tabela 1** – Frequência das hipóteses diagnósticas do grupo clínico (n = 38)

| <b>Categoria</b>                   | <b>f</b> | <b>(%)</b> | <b>Categoria</b>               | <b>f</b> | <b>(%)</b> |
|------------------------------------|----------|------------|--------------------------------|----------|------------|
| <i>Transtornos do Humor</i>        |          |            | <i>Transtornos Psicóticos</i>  |          |            |
| Distímico                          | 6        | (15,8)     | Psicótico SOE                  | 1        | (2,6)      |
| Bipolar I                          | 5        | (13,2)     | <i>Transtornos Ansiosos</i>    |          |            |
| Depressivo Maior                   | 9        | (23,7)     | Pânico                         | 7        | (18,4)     |
| <i>Transtornos Externalizantes</i> |          |            | Obsessivo-Compulsivo           | 3        | (7,9)      |
| Abuso de Álcool                    | 2        | (5,3)      | Estresse Pós-Traumático        | 5        | (13,2)     |
| Dependência de Álcool              | 1        | (2,6)      | Agorafobia                     | 3        | (7,9)      |
| Abuso de Substância                | 1        | (2,6)      | Fobia Social                   | 7        | (18,4)     |
| Dependência de Substância          | 3        | (7,9)      | Ansiedade Generalizada         | 9        | (23,7)     |
| <i>Transtornos Somáticos</i>       |          |            | Ansiedade SOE                  | 4        | (10,5)     |
| Somatização                        | 4        | (10,5)     | <i>Transtornos Alimentares</i> |          |            |
| Hipocondria                        | 3        | (7,9)      | Anorexia                       | 2        | (5,3)      |
| Dismórfico Corporal                | 4        | (10,5)     | Bulimia                        | 2        | (5,3)      |

Para a comparação entre os modelos diagnósticos, cada participante foi avaliado com base em todos os modelos pesquisados. Em relação ao paradigma categórico, os participantes foram avaliados por meio da *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II; First

et al., 1994). Trata-se de uma entrevista semiestruturada para avaliação dos traços patológicos da personalidade, de acordo com o modelo categórico do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Foi utilizada a versão adaptada para o Brasil (Melo & Rangé, 2010). No presente estudo as consistências internas estimadas foram (Evitativa  $\alpha = 0,80$ , Dependente  $\alpha = 0,67$ , Obsessivo-Compulsiva  $\alpha = 0,44$ , Passivo-Agressiva  $\alpha = 0,71$ , Depressiva  $\alpha = 0,86$ , Paranoide  $\alpha = 0,65$ , Esquizotípica  $\alpha = 0,52$ , Esquizoide  $\alpha = 0,72$ , Histriônica  $\alpha = 0,78$ , Narcisista  $\alpha = 0,78$ , *Borderline*  $\alpha = 0,89$ , Antissocial  $\alpha = 0,86$ ).

A avaliação de acordo com o modelo híbrido foi realizada pelo *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5; Krueger et al., 2012). Esse é um instrumento de autorrelato, com 220 itens respondidos em escala tipo *Likert* de quatro pontos (0 “não tem nada a ver comigo” e 3 “tem muito a ver comigo”). O PID-5 avalia os 25 traços patológicos da personalidade propostos no modelo alternativo de diagnóstico dos TP do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Foi utilizada a versão brasileira adaptada pelo Dr. Ricardo Primi e colaboradores (Oliveira et al., 2016) e que já apresenta evidências de validade no Brasil (Lugo et al., 2019). A consistência interna dos fatores no presente estudo foram: Afetividade Negativa  $\alpha = 0,95$ , Distanciamento  $\alpha = 0,96$ , Antagonismo  $\alpha = 0,95$ , Desinibição  $\alpha = 0,82$  e Psicoticismo  $\alpha = 0,96$ .

A avaliação no modelo estrutural se deu por meio de dois instrumentos, um de autorrelato e outro de avaliação clínica. Para tanto, foi usado o Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br; Oliveira & Bandeira, 2011; Silveira et al., 2018). O IPO-Br é a versão brasileira do *Inventory of Personality Organization* (IPO; Clarkin et al., 2001; Ellison & Levy, 2012; Lenzenweger et al., 2001). Trata-se de um instrumento de autorrelato, composto por 83 itens que são respondidos em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (1 “nunca verdadeiro” e 5 “sempre verdadeiro”). A versão brasileira do IPO tem mostrado adequados parâmetros psicométricos (Oliveira, 2012; Oliveira & Bandeira, 2018b; Silveira, 2015; Silveira et al., 2018). Os coeficientes de consistência interna dos fatores no presente estudo foram: Instabilidade do *Self* e Outros  $\alpha = 0,95$ , Instabilidade do Comportamento  $\alpha = 0,92$ , Instabilidade nos Objetivos  $\alpha = 0,76$ , Psicose  $\alpha = 0,85$ , Agressividade Autodirigida  $\alpha = 0,57$ , Distorção dos Valores Morais  $\alpha = 0,80$  e Agressividade Sádica  $\alpha = 0,75$ . A avaliação por meio da observação clínica foi realizada via o *Personality Organization Diagnostic Form* (PODF). Esse é um instrumento pontuado pelo clínico, composto por 21 itens distribuídos em cinco dimensões que avaliam os construtos centrais da teoria da organização da personalidade de Kernberg (1995). A literatura reporta evidências de validade e fidedignidade desse instrumento (Diguer et al., 2006; Diguer & Normandin, 1996; Diguer,

Normandin, & Hébert, 2001; Gamache et al., 2009; Hébert et al., 2003). Foi utilizada a versão brasileira adaptada por Oliveira e Bandeira (2013b). Os coeficientes de consistência interna das escalas no presente estudo foram adequados (Identidade  $\alpha = 0,94$ , Defesas Primitivas  $\alpha = 0,90$ , Defesas Maduras  $\alpha = 0,55$ , Teste de Realidade  $\alpha = 0,83$ ).

Por fim, foi feita também uma avaliação dos traços gerais da personalidade por meio do modelo dos cinco grandes fatores da personalidade. Para tanto, os participantes responderam à Bateria Fatorial da Personalidade (BFP; Nunes, Hutz, & Nunes, 2010). A BFP é composta por 126 itens, com resposta tipo *Likert* de sete pontos (1 = Absolutamente não me identifico com a frase e 7 = Descreve-me perfeitamente), distribuídos em cinco fatores que são constituídos por facetas (17 no total). Indicadores de validade e fidedignidade são reportados em Nunes, Hutz e Nunes (2010). As consistências internas dos fatores, no presente estudo, foram: Neuroticismo  $\alpha = 0,94$ , Extroversão  $\alpha = 0,91$ , Socialização  $\alpha = 0,85$ , Realização  $\alpha = 0,82$  e Abertura a Novas Experiências  $\alpha = 0,77$ .

### ***Correspondência Entre os Modelos Categórico e Híbrido***

Investigamos a correspondência entre os paradigmas categórico e híbrido, visto que o modelo híbrido foi projetado de forma a manter certa continuidade com o modelo categórico. Cada caso foi diagnosticado de acordo com os algoritmos propostos pelos dois sistemas e os resultados são apresentados na Tabela 2. É possível observar que não há uma correspondência entre os modelos. Desse modo, um paciente pode ter diagnósticos distintos a depender da abordagem que ele está sendo avaliado. Hopwood et al. (2012) e Watters et al. (2019) também observaram certos aspectos de continuidade e descontinuidade entre os paradigmas categórico e híbrido. Com isso, salientamos as implicações clínicas e práticas que o emprego de modelos distintos têm na vida de uma pessoa. A literatura aponta para uma superioridade dos modelos dimensionais sobre os categóricos em termos de validade e confiabilidade (Markon et al., 2011a, 2011b). Além disso, Morey et al. (2014) verificaram que uma amostra de clínicos julgou o modelo híbrido do DSM-5 com maior utilidade clínica do que o categórico. Desse modo, recomendamos uma migração completa para esse novo modelo, abrindo mão da tradicional abordagem categórica (Clark et al., 2015; Oliveira et al., 2020).

**Tabela 2** – Análise de concordância de diagnósticos de transtornos de personalidade entre os paradigmas categórico e híbrido

| Categórico                             |          | Híbrido  |          | Kappa    | P       |
|----------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---------|
|                                        |          | Negativo | Positivo |          |         |
| Categorias vigentes nos dois sistemas  |          |          |          |          |         |
| Evitativo                              | Negativo | 36 (26)  | 1 (1)    | 0,416    | 0,001   |
|                                        | Positivo | 7 (7)    | 4 (4)    | (0,390)  | (0,007) |
|                                        |          |          |          |          |         |
| Obsessivo-Compulsivo                   | Negativo | 34 (24)  | 4 (4)    | 0,111    | 0,420   |
|                                        | Positivo | 8 (8)    | 2 (2)    | (0,066)  | (0,671) |
|                                        |          |          |          |          |         |
| Esquizotípico                          | Negativo | 40 (30)  | 8 (8)    | -        | -       |
|                                        | Positivo | 0 (0)    | 0 (0)    | -        | -       |
|                                        |          |          |          |          |         |
| Narcisista                             | Negativo | 41 (31)  | 3 (3)    | 0,182    | 0,208   |
|                                        | Positivo | 3 (3)    | 1 (1)    | (0,162)  | (0,319) |
|                                        |          |          |          |          |         |
| Borderline                             | Negativo | 31 (21)  | 4 (4)    | 0,299    | 0,033   |
|                                        | Positivo | 8 (8)    | 5 (5)    | (0,243)  | (0,122) |
|                                        |          |          |          |          |         |
| Antissocial                            | Negativo | 44 (34)  | 3 (3)    | -0,032   | 0,794   |
|                                        | Positivo | 1 (1)    | 0 (0)    | (-0,041) | (0,767) |
| Categorias excluídas no modelo híbrido |          |          |          |          |         |
| Dependente                             | Negativo | 43 (33)  | 4 (4)    | 0,309    | 0,003   |
|                                        | Positivo | 0 (0)    | 1 (1)    | (0,303)  | (0,009) |
|                                        |          |          |          |          |         |
| Passivo-Agressivo                      | Negativo | 39 (29)  | 4 (4)    | 0,107    | 0,459   |
|                                        | Positivo | 4 (4)    | 1 (1)    | (0,079)  | (0,627) |
|                                        |          |          |          |          |         |
| Depressivo                             | Negativo | 36 (26)  | 3 (3)    | 0,294    | 0,036   |
|                                        | Positivo | 6 (6)    | 3 (3)    | (0,260)  | (0,098) |
|                                        |          |          |          |          |         |
| Paranoide                              | Negativo | 43 (33)  | 1 (1)    | -0,034   | 0,761   |
|                                        | Positivo | 4 (4)    | 0 (0)    | (-0,044) | (0,728) |
|                                        |          |          |          |          |         |
| Esquizoide                             | Negativo | 40 (30)  | 3 (3)    | -0,085   | 0,542   |
|                                        | Positivo | 5 (5)    | 0 (0)    | (-0,109) | (0,482) |
|                                        |          |          |          |          |         |
| Histriônico                            | Negativo | 43 (33)  | 1 (1)    | 0,538    | < 0,001 |
|                                        | Positivo | 2 (2)    | 2 (2)    | (0,529)  | (0,001) |

Nota: Valores entre parênteses referem-se somente aos dados da amostra clínica ( $n = 38$ ).

Vale salientar que um efeito de método pode estar desempenhando um papel nesses resultados. Além de comparar os modelos, a forma de avaliação também variou, sendo o modelo categórico avaliado por meio de entrevista e o modelo híbrido por meio de autorrelato. A literatura aponta para essas diferenças entre métodos de avaliação (Samuel, 2015; Samuel et al., 2014).

Os dados mostraram que o método de autorrelato resultou em um número um pouco maior de diagnósticos de TP do que o da entrevista estruturada. Samuel (2015), em um estudo meta-analítico, considera que o uso de medidas dimensionais, como o PID-5, tende a gerar resultados mais válidos e fidedignos para o diagnóstico da personalidade.

Para testar as relações entre as formas de conceitualização dos TP entre os dois modelos, foram realizadas correlações de Pearson considerando as variáveis como sendo dimensionais. A Tabela 3 apresenta os coeficientes de correlação entre os TP dos diferentes modelos.

**Tabela 3** – Coeficientes de correlação entre os perfis de TP de acordo com os paradigmas categórico e híbrido

| DSM-IV | DSM-5                   |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|--------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|        | ATS                     | BDL                     | EVT                     | EZT                     | NRC                     | OCP                     | DPD                     | DPR                     | EZD                     | HST                     | PAG                     | PRN                     |
| TC     | 0,20                    | 0,15                    | 0,09                    | 0,13                    | 0,12                    | 0,22                    | -0,01                   | 0,08                    | 0,21                    | 0,07                    | 0,24                    | 0,17                    |
| ATS    | 0,03                    | -0,03                   | -0,02                   | 0,00                    | -0,10                   | 0,21                    | -0,14                   | -0,07                   | 0,08                    | -0,10                   | 0,03                    | 0,01                    |
| BDL    | 0,44 <sup>b</sup>       | <b>0,66<sup>c</sup></b> | 0,39 <sup>b</sup>       | 0,36 <sup>a</sup>       | 0,34 <sup>a</sup>       | 0,35 <sup>a</sup>       | <b>0,66<sup>c</sup></b> | 0,55 <sup>c</sup>       | 0,29 <sup>a</sup>       | 0,36 <sup>a</sup>       | 0,45 <sup>c</sup>       | 0,30 <sup>a</sup>       |
| EVT    | 0,16                    | 0,40 <sup>b</sup>       | <b>0,46<sup>c</sup></b> | 0,36 <sup>a</sup>       | 0,10                    | 0,30 <sup>a</sup>       | 0,33 <sup>b</sup>       | 0,39 <sup>b</sup>       | <b>0,43<sup>b</sup></b> | 0,09                    | 0,26                    | 0,31 <sup>a</sup>       |
| EZT    | 0,18                    | 0,37 <sup>b</sup>       | 0,33 <sup>a</sup>       | <b>0,46<sup>c</sup></b> | 0,32 <sup>a</sup>       | 0,23                    | 0,45 <sup>c</sup>       | 0,42 <sup>b</sup>       | 0,27                    | 0,26                    | 0,28                    | 0,37 <sup>b</sup>       |
| NRC    | <b>0,38<sup>b</sup></b> | 0,15                    | 0,15                    | 0,21                    | <b>0,38<sup>b</sup></b> | 0,07                    | 0,11                    | 0,16                    | 0,12                    | 0,32 <sup>a</sup>       | 0,19                    | 0,29 <sup>a</sup>       |
| OCP    | 0,34 <sup>a</sup>       | 0,31 <sup>a</sup>       | 0,14                    | 0,14                    | 0,07                    | 0,14                    | 0,04                    | 0,21                    | 0,12                    | 0,17                    | <b>0,40<sup>b</sup></b> | 0,32 <sup>a</sup>       |
| DPD    | 0,42 <sup>b</sup>       | 0,59 <sup>c</sup>       | <b>0,48<sup>c</sup></b> | 0,36 <sup>a</sup>       | 0,26                    | 0,22                    | 0,57 <sup>c</sup>       | <b>0,60<sup>c</sup></b> | 0,29 <sup>a</sup>       | 0,33 <sup>a</sup>       | 0,42 <sup>b</sup>       | 0,39 <sup>b</sup>       |
| DPR    | 0,46 <sup>a</sup>       | <b>0,66<sup>a</sup></b> | 0,46 <sup>c</sup>       | 0,37 <sup>a</sup>       | 0,28                    | 0,25                    | 0,64 <sup>c</sup>       | <b>0,62<sup>a</sup></b> | 0,29 <sup>a</sup>       | 0,46 <sup>c</sup>       | 0,46 <sup>c</sup>       | 0,34 <sup>a</sup>       |
| EZD    | -0,07                   | 0,02                    | 0,37 <sup>b</sup>       | 0,28                    | -0,23                   | 0,12                    | -0,01                   | 0,28                    | <b>0,40<sup>b</sup></b> | -0,00                   | 0,14                    | 0,22                    |
| HST    | <b>0,61<sup>c</sup></b> | 0,41 <sup>b</sup>       | 0,15                    | 0,26                    | <b>0,53<sup>c</sup></b> | 0,11                    | 0,35 <sup>a</sup>       | 0,19                    | 0,05                    | <b>0,59<sup>c</sup></b> | 0,27                    | 0,42 <sup>b</sup>       |
| PAG    | <b>0,55<sup>c</sup></b> | 0,44 <sup>b</sup>       | 0,11                    | 0,21                    | 0,52 <sup>c</sup>       | 0,02                    | 0,28                    | 0,24                    | 0,03                    | 0,43 <sup>b</sup>       | 0,40 <sup>b</sup>       | 0,31 <sup>a</sup>       |
| PRN    | 0,47 <sup>c</sup>       | 0,50 <sup>c</sup>       | 0,23                    | <b>0,57<sup>c</sup></b> | 0,52 <sup>c</sup>       | <b>0,39<sup>b</sup></b> | 0,36 <sup>a</sup>       | 0,37 <sup>b</sup>       | 0,19                    | 0,43 <sup>b</sup>       | <b>0,51<sup>c</sup></b> | <b>0,59<sup>c</sup></b> |

Nota: Áreas em cinza indicam o mesmo tipo de transtorno da personalidade; Valores em negrito indicam os maiores coeficientes de correlação das linhas; Valores sublinhados indicam os maiores coeficientes de correlação das colunas; TC – transtorno de conduta;

ATS – antissocial; BDL – *borderline*; EVT – evitativa; EZT – esquizotípica; NRC – narcisista; OCP – obsessivo-compulsiva; DPD – dependente; DPR – depressiva; EZD – esquizoide; HST – histriônica; PAG – passivo-agressiva; PRN – paranoide.

Considerando as seis categorias de TP vigentes nos dois sistemas de classificação, observa-se que os TP *borderline* e paranoide foram os únicos construtos que apresentaram correspondência total (linha e coluna) considerando ambos os paradigmas. Assim, observa-se que não há uma clara correspondência conceitual entre os modelos, uma vez que o padrão de validade convergente e discriminante falhou em demonstrar as associações esperadas.

Outra questão investigada foi a prevalência de categorias diagnósticas para cada paradigma entre os grupos clínico e não-clínico (ver Tabela 4). Nota-se que os diferentes modelos produziram diagnósticos categóricos distintos. As categorias diagnósticas dos TP histriônica, evitativa e dependente foram as únicas que apresentaram associação quando considerado somente o grupo

clínico. Vale também ressaltar os resultados obtidos em relação às categorias diagnósticas residuais, a saber, o diagnóstico de TP-SOE (modelo categórico) e TP-ET (modelo híbrido). Quando consideradas as 13 categorias de TP, observou-se que dois pacientes foram classificados na categoria residual do modelo categórico, enquanto 19 pacientes foram diagnosticados na categoria residual do modelo híbrido. Ainda, seis dos dez participantes controles também foram diagnosticados na categoria residual do modelo híbrido. Contudo, ressaltamos que o Critério A não foi considerado para esses diagnósticos (isto é, identificação de prejuízo no funcionamento da personalidade).

**Tabela 4** – Prevalência dos diagnósticos de transtornos de personalidade e comorbidades segundo os paradigmas categórico e híbrido

|                         | Modelo Categórico |       |               |        | Modelo Híbrido |        |               |        | Associação |       |
|-------------------------|-------------------|-------|---------------|--------|----------------|--------|---------------|--------|------------|-------|
|                         | NC<br>(n = 10)    |       | C<br>(n = 38) |        | NC<br>(n = 10) |        | C<br>(n = 38) |        | χ²         | p     |
| Cluster A               |                   |       |               |        |                |        |               |        |            |       |
| Paranoide               | 0                 | (0)   | 4             | (10,5) | 0              | (0)    | 1             | (2,6)  | 0,12       | 0,73  |
| Esquizotípica           | 0                 | (0)   | 0             | (0)    | 0              | (0)    | 8             | (21,1) | -          | -     |
| Esquizoide              | 0                 | (0)   | 5             | (13,2) | 0              | (0)    | 3             | (7,9)  | 0,49       | 0,48  |
| Cluster B               |                   |       |               |        |                |        |               |        |            |       |
| Histriônica             | 0                 | (0)   | 4             | (10,5) | 0              | (0)    | 3             | (7,9)  | 10,90      | <0,01 |
| Narcisista              | 0                 | (0)   | 4             | (10,5) | 0              | (0)    | 4             | (10,5) | 0,99       | 0,32  |
| <i>Borderline</i>       | 0                 | (0)   | 13            | (34,2) | 0              | (0)    | 9             | (23,7) | 2,39       | 0,12  |
| Antissocial             | 0                 | (0)   | 1             | (2,6)  | 0              | (0)    | 3             | (7,9)  | 0,09       | 0,77  |
| Cluster C               |                   |       |               |        |                |        |               |        |            |       |
| Evitativa               | 0                 | (0)   | 11            | (28,9) | 0              | (0)    | 5             | (13,2) | 7,30       | 0,02  |
| Dependente              | 0                 | (0)   | 1             | (2,6)  | 0              | (0)    | 5             | (13,2) | 6,78       | 0,01  |
| Obsessivo-Compulsiva    | 0                 | (0)   | 10            | (26,3) | 0              | (0)    | 6             | (15,8) | 0,18       | 0,67  |
| Outros                  |                   |       |               |        |                |        |               |        |            |       |
| Passivo-Agressiva       | 0                 | (0)   | 5             | (13,2) | 0              | (0)    | 5             | (13,2) | 0,24       | 0,63  |
| Depressiva              | 0                 | (0)   | 9             | (23,7) | 0              | (0)    | 6             | (15,8) | 2,73       | 0,10  |
| SOE                     | 0                 | (0)   | 2             | (5,3)  | 6              | (60,0) | 19            | (50,0) | 2,11       | 0,15  |
| Comorbidade (13 categ.) |                   |       |               |        |                |        |               |        |            |       |
| 0 diagnóstico           | 10                | (100) | 7             | (18,4) | 4              | (40)   | 3             | (7,9)  | 15,12      | 0,52  |
| 1 diagnóstico           | 0                 | (0)   | 14            | (36,8) | 6              | (60)   | 24            | (63,2) |            |       |
| 2 diagnósticos          | 0                 | (0)   | 7             | (18,4) | 0              | (0)    | 1             | (2,6)  |            |       |
| 3 diagnósticos          | 0                 | (0)   | 5             | (13,2) | 0              | (0)    | 3             | (7,9)  |            |       |
| 4 ou + diagnósticos     | 0                 | (0)   | 5             | (13,2) | 0              | (0)    | 7             | (18,4) |            |       |
| Comorbidade (11 categ.) |                   |       |               |        |                |        |               |        |            |       |
| 0 diagnóstico           | 10                | (100) | 7             | (18,4) | 4              | (40)   | 3             | (7,9)  | 10,82      | 0,82  |
| 1 diagnóstico           | 0                 | (0)   | 17            | (44,7) | 6              | (60)   | 24            | (63,2) |            |       |
| 2 diagnósticos          | 0                 | (0)   | 7             | (18,4) | 0              | (0)    | 2             | (5,3)  |            |       |
| 3 diagnósticos          | 0                 | (0)   | 4             | (10,5) | 0              | (0)    | 3             | (7,9)  |            |       |
| 4 ou + diagnósticos     | 0                 | (0)   | 3             | (7,9)  | 0              | (0)    | 6             | (15,8) |            |       |

continua...

continuação

|                        | Modelo Categórico |       |               |        | Modelo Híbrido |      |               |        | Associação |      |
|------------------------|-------------------|-------|---------------|--------|----------------|------|---------------|--------|------------|------|
|                        | NC<br>(n = 10)    |       | C<br>(n = 38) |        | NC<br>(n = 10) |      | C<br>(n = 38) |        | χ²         | p    |
| Comorbidade (7 categ.) |                   |       |               |        |                |      |               |        |            |      |
| 0 diagnóstico          | 10                | (100) | 7             | (18,4) | 4              | (40) | 3             | (7,9)  | 16,17      | 0,18 |
| 1 diagnóstico          | 0                 | (0)   | 20            | (52,6) | 6              | (60) | 25            | (65,8) |            |      |
| 2 diagnósticos         | 0                 | (0)   | 8             | (21,1) | 0              | (0)  | 3             | (7,9)  |            |      |
| 3 diagnósticos         | 0                 | (0)   | 3             | (7,9)  | 0              | (0)  | 6             | (15,8) |            |      |
| 4 ou + diagnósticos    | 0                 | (0)   | 0             | (0)    | 0              | (0)  | 1             | (2,6)  |            |      |

Uma das categorias mais frequentemente utilizadas para o diagnóstico dos TP de acordo com o modelo categórico é a de TP-SOE (Verheul & Widiger, 2004). Isso não foi observado na presente amostra. Essa é considerada a melhor categoria diagnóstica para casos de pacientes com prejuízos significativos na personalidade, contudo sem apresentar sintomas característicos de algum tipo específico. Contudo, esse diagnóstico se mostra pouco informativo para os clínicos, uma vez que os prejuízos na personalidade podem ser de diferentes ordens, o que dificulta a elaboração de um plano de trabalho terapêutico (Krueger, 2013). O modelo híbrido do DSM-5 propõe uma forma de lidar com essa falta de especificação por meio do diagnóstico de TP-ET. Nesses casos, os pacientes que apresentam um ou mais dos 25 traços patológicos da personalidade e seus traços mal adaptativos não se assemelham aos protótipos dimensionais dos TP, o diagnóstico de TP-ET deve ser dado. Diferente do diagnóstico residual do modelo categórico que não especifica os aspectos da personalidade que estão prejudicados, o TP-ET oferece ao clínico informações dos conteúdos patológicos da personalidade. Como observado nos resultados do presente estudo, a prevalência de casos com essa categoria foi a maior observada.

As comorbidades entre os TP, de acordo com cada modelo, também foram avaliadas. Nota-se que foram investigadas as frequências de comorbidades de acordo com três grupos de categorias. O primeiro grupo considerou as 10 categorias do DSM-IV-TR, mais as duas que estavam para estudo (Passivo-Agressiva e Depressiva) e mais a categoria residual. O segundo grupo considerou apenas as 10 categorias propostas no DSM-IV-TR e a categoria residual, que abarcou os casos que receberam o diagnóstico de TP passivo-agressivo e/ou depressivo como único(s) diagnóstico(s). Por fim, o terceiro grupo considerou apenas os seis diagnósticos específicos mantidos no modelo do DSM-5 e mais a categoria residual, que nesse caso também compreendeu os casos que receberam quaisquer um dos diagnósticos excluídos quando na ausência de um dos seis diagnósticos possíveis. Os resultados mostraram que a maioria dos casos recebeu somente um diagnóstico em ambos os paradigmas (no modelo categórico variou de 36,8% a 52,6% e no modelo híbrido variou de 63,2% a 65,8%). Contudo, os resultados sugeriram que é mais provável



observar pessoas com três ou mais diagnósticos de TP no modelo híbrido do que pessoas com apenas dois diagnósticos concomitantes. Esse resultado vai ao encontro das críticas feitas ao modelo categórico sobre a alta frequência de comorbidades entre os TP (Clark et al., 1997; Widiger, 1993). Estudos têm buscado propor modelos alternativos de explicação das comorbidades (ver Krueger & Markon, 2006). Contudo, com base nesse resultado, somada a alta prevalência do diagnóstico de TP-ET e as baixas convergências entre as categorias dos paradigmas categórico e híbrido, pergunta-se: Qual a necessidade ou vantagem clínica de se manter categorias distintas? Não seria suficiente a especificação do(s) traço(s) patológico(s) que demandam a atenção clínica? Quantos diagnósticos de TP uma pessoa pode ou deve receber?

### ***Associação dos Modelos Categórico e Híbrido com Medidas de Personalidade***

Buscamos verificar evidências de validade dos modelos por meio da análise de correlação entre os TP, de acordo com cada abordagem, com medidas do funcionamento normal e patológico da personalidade (ver Tabela 5). Apesar das diferenças nos tamanhos das magnitudes dos coeficientes de correlação, nota-se que o traço de TP paranoide foi o único que apresentou um padrão de associação idêntico, independente do paradigma utilizado. Os traços dos TP esquizotípica, *borderline*, dependente e depressiva apresentaram padrões de associação bastante similares. Observa-se também que os traços dos TP estimados por meio do PID-5 (método de autorrelato) tenderam a apresentar associações mais fortes com as medidas de traços normais e patológicos da personalidade. Isso pode ser um efeito de monométodo, como já discutido anteriormente.

O padrão de associações entre os traços dos TP e o modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade mostrou-se congruente com a literatura, que tem observado que pessoas com patologias da personalidade tendem a apresentar uma elevação no traço Neuroticismo e uma diminuição no traço de Socialização (Saulsman & Page, 2002; Widiger & Costa, 2002). Dessa forma, é possível entender conceitualmente que, independentemente do tipo específico de TP, pessoas que apresentam problemas na personalidade tendem a experimentar estados emocionais negativos e a apresentar dificuldades nas interações sociais. Isso está conceitualmente relacionado com o critério A do modelo híbrido, a saber, o prejuízo no funcionamento da personalidade nas dimensões intra e interpessoais (Kampe et al., 2018), bem como o modelo dimensional de gravidade da patologia da personalidade da CID-11 (Rek et al., 2020).

**Tabela 5** – Coeficientes de correlação entre os traços dos transtornos de personalidade e medidas de traços normais e patológicas da personalidade e com o nível de organização da personalidade

| TP        | DSM | Traços Patológicos da Personalidade (IPO-Br) |                   |                   |                   |                   |                   |                   | Traços Normais da Personalidade (BFP) |                    |                    |                    |       | Nível de Organização da Personalidade |                   |                   |
|-----------|-----|----------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------|---------------------------------------|-------------------|-------------------|
|           |     | ISO                                          | IO                | IC                | PSI               | AA                | DVM               | AS                | N                                     | E                  | S                  | R                  | A     | (IPO-Br)                              | (PODF)            |                   |
| Cluster A | PRN | IV 0,47 <sup>c</sup>                         | 0,25              | 0,51 <sup>c</sup> | 0,58 <sup>c</sup> | 0,48 <sup>c</sup> | 0,51 <sup>c</sup> | 0,59 <sup>c</sup> | 0,37 <sup>a</sup>                     | 0,08               | -0,61 <sup>c</sup> | -0,26              | -0,03 | 0,52 <sup>c</sup>                     | 0,36 <sup>a</sup> |                   |
|           | 5   | 0,53 <sup>a</sup>                            | 0,16              | 0,62 <sup>a</sup> | 0,50 <sup>a</sup> | 0,55 <sup>a</sup> | 0,59 <sup>a</sup> | 0,61 <sup>a</sup> | 0,45 <sup>a</sup>                     | -0,00              | -0,50 <sup>c</sup> | -0,05              | -0,08 | 0,58 <sup>c</sup>                     | 0,40 <sup>b</sup> |                   |
|           | IV  | 0,44 <sup>b</sup>                            | 0,23              | 0,40 <sup>b</sup> | 0,55 <sup>a</sup> | 0,43 <sup>b</sup> | 0,29 <sup>a</sup> | 0,20              | 0,38 <sup>b</sup>                     | -0,05              | -0,17              | 0,11               | -0,01 | 0,47 <sup>c</sup>                     | 0,42 <sup>b</sup> |                   |
|           | 5   | 0,68 <sup>c</sup>                            | 0,28              | 0,76 <sup>c</sup> | 0,75 <sup>c</sup> | 0,63 <sup>c</sup> | 0,69 <sup>c</sup> | 0,47 <sup>c</sup> | 0,58 <sup>c</sup>                     | -0,10              | -0,48 <sup>c</sup> | -0,07              | -0,18 | 0,75 <sup>c</sup>                     | 0,36 <sup>a</sup> |                   |
|           | IV  | 0,15                                         | 0,25              | 0,30 <sup>a</sup> | 0,25              | 0,29 <sup>a</sup> | 0,20              | 0,15              | 0,24                                  | -0,32 <sup>a</sup> | -0,07              | 0,02               | -0,17 | 0,22                                  | 0,20              |                   |
| Cluster B | EZD | 5                                            | 0,61 <sup>c</sup> | 0,35 <sup>a</sup> | 0,64 <sup>c</sup> | 0,48 <sup>c</sup> | 0,50 <sup>c</sup> | 0,62 <sup>c</sup> | 0,27                                  | 0,63 <sup>c</sup>  | -0,53 <sup>c</sup> | -0,34 <sup>a</sup> | -0,16 | -0,33 <sup>a</sup>                    | 0,64 <sup>c</sup> | 0,41 <sup>b</sup> |
|           | HST | IV                                           | 0,33 <sup>a</sup> | 0,21              | 0,28              | 0,23              | 0,30 <sup>a</sup> | 0,32 <sup>a</sup> | 0,52 <sup>c</sup>                     | 0,32 <sup>a</sup>  | 0,32 <sup>a</sup>  | -0,39 <sup>b</sup> | -0,16 | 0,21                                  | 0,32 <sup>a</sup> | 0,34 <sup>a</sup> |
|           | 5   | 0,50 <sup>c</sup>                            | 0,16              | 0,46 <sup>c</sup> | 0,38 <sup>b</sup> | 0,39 <sup>b</sup> | 0,44 <sup>b</sup> | 0,48 <sup>c</sup> | 0,41 <sup>b</sup>                     | 0,24               | -0,50 <sup>c</sup> | -0,19              | 0,12  | 0,49 <sup>c</sup>                     | 0,27              |                   |
|           | IV  | 0,23                                         | 0,15              | 0,25              | 0,08              | 0,28              | 0,32 <sup>a</sup> | 0,27              | 0,17                                  | 0,34 <sup>a</sup>  | -0,40 <sup>b</sup> | 0,07               | 0,15  | 0,23                                  | 0,47 <sup>c</sup> |                   |
|           | 5   | 0,28                                         | 0,07              | 0,30 <sup>a</sup> | 0,32 <sup>a</sup> | 0,18              | 0,12              | 0,22              | 0,20                                  | 0,33 <sup>a</sup>  | -0,44 <sup>b</sup> | -0,18              | 0,20  | 0,30 <sup>a</sup>                     | 0,15              |                   |
| Cluster C | BDL | IV                                           | 0,75 <sup>c</sup> | 0,56 <sup>c</sup> | 0,56 <sup>c</sup> | 0,42 <sup>b</sup> | 0,53 <sup>c</sup> | 0,33 <sup>a</sup> | 0,09                                  | 0,71 <sup>c</sup>  | 0,00               | -0,29 <sup>a</sup> | -0,27 | 0,08                                  | 0,70 <sup>c</sup> | 0,63 <sup>c</sup> |
|           | 5   | 0,76 <sup>c</sup>                            | 0,39 <sup>b</sup> | 0,58 <sup>c</sup> | 0,53 <sup>c</sup> | 0,51 <sup>c</sup> | 0,49 <sup>c</sup> | 0,34 <sup>a</sup> | 0,67 <sup>c</sup>                     | -0,01              | -0,42 <sup>b</sup> | -0,35 <sup>a</sup> | 0,05  | 0,72 <sup>c</sup>                     | 0,44 <sup>b</sup> |                   |
|           | IV  | 0,00                                         | 0,17              | 0,15              | 0,02              | 0,22              | 0,07              | -0,11             | 0,06                                  | 0,06               | -0,02              | -0,17              | 0,01  | 0,05                                  | 0,15              |                   |
|           | 5   | 0,51 <sup>c</sup>                            | 0,30 <sup>a</sup> | 0,46 <sup>c</sup> | 0,31 <sup>a</sup> | 0,49 <sup>c</sup> | 0,49 <sup>c</sup> | 0,55 <sup>c</sup> | 0,49 <sup>c</sup>                     | 0,21               | -0,49 <sup>c</sup> | -0,35 <sup>a</sup> | 0,16  | 0,50 <sup>c</sup>                     | 0,34 <sup>a</sup> |                   |
|           | IV  | 0,52 <sup>c</sup>                            | 0,47 <sup>c</sup> | 0,37 <sup>a</sup> | 0,42 <sup>b</sup> | 0,12              | 0,16              | -0,06             | 0,50 <sup>c</sup>                     | -0,51 <sup>c</sup> | 0,00               | -0,13              | -0,07 | 0,50 <sup>c</sup>                     | 0,41 <sup>b</sup> |                   |
| Cluster D | EVT | 5                                            | 0,66 <sup>c</sup> | 0,30 <sup>a</sup> | 0,53 <sup>c</sup> | 0,40 <sup>b</sup> | 0,44 <sup>b</sup> | 0,50 <sup>c</sup> | 0,22                                  | 0,66 <sup>c</sup>  | -0,45 <sup>b</sup> | -0,34 <sup>a</sup> | -0,18 | -0,33 <sup>a</sup>                    | 0,62 <sup>c</sup> | 0,44 <sup>b</sup> |
|           | IV  | 0,54 <sup>c</sup>                            | 0,32 <sup>a</sup> | 0,29 <sup>a</sup> | 0,28              | 0,32 <sup>a</sup> | 0,08              | 0,06              | 0,51 <sup>c</sup>                     | -0,10              | -0,23              | -0,27              | -0,02 | 0,46 <sup>c</sup>                     | 0,41 <sup>b</sup> |                   |
|           | 5   | 0,62 <sup>c</sup>                            | 0,32 <sup>a</sup> | 0,37 <sup>b</sup> | 0,38 <sup>b</sup> | 0,23              | 0,21              | 0,02              | 0,57 <sup>c</sup>                     | -0,06              | -0,23              | -0,25              | -0,04 | 0,55 <sup>c</sup>                     | 0,35 <sup>a</sup> |                   |
|           | IV  | 0,19                                         | 0,06              | 0,22              | -0,03             | 0,24              | 0,22              | 0,20              | 0,29 <sup>a</sup>                     | -0,01              | -0,30 <sup>a</sup> | -0,08              | -0,09 | 0,18                                  | 0,31 <sup>a</sup> |                   |
|           | 5   | 0,61 <sup>c</sup>                            | 0,25              | 0,68 <sup>c</sup> | 0,51 <sup>c</sup> | 0,63 <sup>c</sup> | 0,64 <sup>c</sup> | 0,32 <sup>a</sup> | 0,57 <sup>c</sup>                     | -0,24              | -0,39 <sup>b</sup> | -0,15              | -0,27 | 0,65 <sup>c</sup>                     | 0,39 <sup>b</sup> |                   |
| Outros    | PAG | IV                                           | 0,42 <sup>b</sup> | 0,31 <sup>a</sup> | 0,31 <sup>a</sup> | 0,19              | 0,28              | 0,25              | 0,27                                  | 0,40 <sup>b</sup>  | 0,23               | -0,41 <sup>b</sup> | -0,17 | 0,24                                  | 0,39 <sup>b</sup> | 0,39 <sup>b</sup> |
|           | 5   | 0,64 <sup>c</sup>                            | 0,31 <sup>b</sup> | 0,61 <sup>a</sup> | 0,49 <sup>a</sup> | 0,59 <sup>a</sup> | 0,66 <sup>a</sup> | 0,51 <sup>a</sup> | 0,53 <sup>a</sup>                     | -0,07              | -0,49 <sup>a</sup> | -0,24              | 0,00  | 0,64 <sup>c</sup>                     | 0,38 <sup>b</sup> |                   |
|           | IV  | 0,59 <sup>c</sup>                            | 0,48 <sup>c</sup> | 0,39 <sup>b</sup> | 0,40 <sup>b</sup> | 0,32 <sup>a</sup> | 0,38 <sup>b</sup> | 0,23              | 0,64 <sup>c</sup>                     | -0,18              | -0,31 <sup>a</sup> | -0,28              | -0,02 | 0,55 <sup>c</sup>                     | 0,38 <sup>b</sup> |                   |
|           | 5   | 0,74 <sup>c</sup>                            | 0,39 <sup>b</sup> | 0,54 <sup>c</sup> | 0,51 <sup>c</sup> | 0,49 <sup>c</sup> | 0,53 <sup>c</sup> | 0,21              | 0,67 <sup>c</sup>                     | -0,29 <sup>a</sup> | -0,38 <sup>b</sup> | -0,29 <sup>a</sup> | -0,16 | 0,70 <sup>c</sup>                     | 0,44 <sup>b</sup> |                   |

Nota: TP – transtorno da personalidade; ISO – instabilidade do *self* e outros; IO – instabilidade nos objetivos; IC – instabilidade do comportamento; PSI – psicose; AA – agressividade autodirigida; DVM – distorção dos valores morais; AS – agressividade sádica; N – narcisismo; E – extroversão; S – socialização; R – realização; A – abertura à experiência; PRN – paranoia; EZT – esquizotípica; EZD – esquizoide; HST – histriônica; NRC – narcisista; BDL – *borderline*; ATS – antisocial; EVT – evitativa; DPD – dependente; OCP – obsessivo-compulsivos; PAG – passivo-agressiva; DPR – depressiva; <sup>a</sup>  $p \leq 0,05$ ; <sup>b</sup>  $p \leq 0,01$ ; <sup>c</sup>  $p \leq 0,001$ .

## ***Teste do Modelo Estrutural***

No que se refere ao modelo estrutural de Kernberg (1995), os resultados mostraram que os níveis de OP são distribuídos em um contínuo de severidade. O teste de diferença de médias mostrou que quanto mais inferior o nível de OP, maior o comprometimento no funcionamento psicológico. A organização normal e a neurótica não se diferenciaram entre si, mas diferiram com a organização *borderline* (ver Tabela 6). Contudo, deve-se considerar o pequeno tamanho amostral, principalmente na categoria normal que contou apenas com cinco participantes. Além disso, verificou-se que a OP (avaliada pelo clínico via PODF e avaliada pelos próprios pacientes pelo IPO-Br) relacionou-se com os TP (ver Tabela 5).

Investigou-se também a validade do construto do nível de OP por meio da correlação entre os diferentes métodos de estimação da organização estrutural dos participantes e com o número de comorbidades apresentadas. Caligor et al. (2007) sugerem que os TP são ancorados por tipos específicos de organização estrutural da personalidade, como, por exemplo, o TP obsessivo-compulsivo sendo representante da organização neurótica, devido aos baixos compromettimentos psicossociais associados a esse transtorno, e o transtorno antissocial sendo representante da organização *borderline* inferior, devido os importantes comprometimentos psicológicos decorrentes dessa condição clínica. Dessa forma, cada participante foi classificado de acordo com os diagnósticos recebidos segundo os modelos categórico e híbrido separadamente, sendo que nos casos de comorbidade foram considerados os diagnósticos que implicam em maior comprometimento psicossocial para a classificação do nível de organização da personalidade dos participantes. Os resultados mostraram que todas as formas de estimação do grau de prejuízo no funcionamento da personalidade se correlacionaram positivamente e de forma estatisticamente significativa entre si (ver Tabela 6). Quanto maior o número de diagnósticos, maior também foi o nível de prejuízos na organização da personalidade. Essa perspectiva de avaliação de severidade está congruente com a proposta da CID-11. Tyrer et al. (2011) sugerem que o diagnóstico da personalidade deve ser feito em um contínuo de severidade.

**Tabela 6** – Validade do modelo estrutural de Kernberg (1995)

|                                  | OP (PODF)                  |      |                               |      |                                |      |                           |
|----------------------------------|----------------------------|------|-------------------------------|------|--------------------------------|------|---------------------------|
|                                  | Normal<br>( <i>n</i> = 5)  |      | Neurótica<br>( <i>n</i> = 14) |      | Borderline<br>( <i>n</i> = 29) |      | ANOVA                     |
|                                  | M                          | DP   | M                             | DP   | M                              | DP   |                           |
| IPO-Br                           |                            |      |                               |      |                                |      |                           |
| – Instabilidade do Self e Outros | 1,35 <sup>1</sup>          | 0,15 | 1,85 <sup>2</sup>             | 0,51 | 2,70 <sup>1,2</sup>            | 0,72 | 14,990 <sup>c</sup>       |
| – Instabilidade nos Objetivos    | 1,20 <sup>1</sup>          | 0,45 | 1,68 <sup>2</sup>             | 1,07 | 2,52 <sup>1,2</sup>            | 0,96 | 6,272 <sup>b</sup>        |
| – Instabilidade no Comportamento | 1,25 <sup>1</sup>          | 0,18 | 1,57 <sup>2</sup>             | 0,44 | 2,45 <sup>1,2</sup>            | 0,80 | 11,917 <sup>c</sup>       |
| – Psicose                        | 1,12                       | 0,13 | 1,41                          | 0,38 | 1,64                           | 0,65 | 2,231                     |
| – Agressividade Autodirigida     | 1,13 <sup>1</sup>          | 0,13 | 1,25 <sup>2</sup>             | 0,28 | 1,75 <sup>1,2</sup>            | 0,52 | 8,714 <sup>c</sup>        |
| – Distorção dos Valores Morais   | 1,53                       | 0,43 | 1,72 <sup>1</sup>             | 0,50 | 2,25 <sup>1</sup>              | 0,71 | 5,073 <sup>c</sup>        |
| – Agressividade Sádica           | 1,08                       | 0,11 | 1,23                          | 0,41 | 1,38                           | 0,52 | 1,144                     |
| PID-5                            |                            |      |                               |      |                                |      |                           |
| – Afetividade Negativa           | 0,73 <sup>1</sup>          | 0,15 | 0,76 <sup>2</sup>             | 0,33 | 1,30 <sup>1,2</sup>            | 0,47 | 9,759 <sup>c</sup>        |
| – Distanciamento                 | 0,36 <sup>1</sup>          | 0,20 | 0,51 <sup>2</sup>             | 0,26 | 1,06 <sup>1,2</sup>            | 0,54 | 10,115 <sup>c</sup>       |
| – Antagonismo                    | 0,45                       | 0,19 | 0,34 <sup>1</sup>             | 0,41 | 0,77 <sup>1</sup>              | 0,42 | 5,906 <sup>b</sup>        |
| – Desinibição                    | 1,10                       | 0,13 | 1,14                          | 0,24 | 1,20                           | 0,35 | 0,363                     |
| – Psicoticismo                   | 0,10                       | 0,12 | 0,36                          | 0,37 | 0,65                           | 0,59 | 3,319 <sup>a</sup>        |
|                                  | OP<br>(IPO-Br)<br><i>R</i> |      | OP<br>(PODF)<br><i>r</i>      |      | OP<br>(DSM-IV-TR)<br><i>r</i>  |      | OP<br>(DSM-5)<br><i>r</i> |
| Validade do Nível de OP          |                            |      |                               |      |                                |      |                           |
| – OP (PODF)                      | 0,61 <sup>c</sup>          |      | -                             |      | -                              |      | -                         |
| – OP (DSM-IV-TR)                 | 0,52 <sup>c</sup>          |      | 0,63 <sup>c</sup>             |      | -                              |      | -                         |
| – OP (DSM-5)                     | 0,64 <sup>c</sup>          |      | 0,43 <sup>b</sup>             |      | 0,31 <sup>b</sup>              |      | -                         |
| – Comorbidade (DSM-IV-TR)        | 0,57 <sup>c</sup>          |      | 0,53 <sup>c</sup>             |      | 0,77 <sup>c</sup>              |      | 0,37 <sup>b</sup>         |
| – Comorbidade (DSM-5)            | 0,57 <sup>c</sup>          |      | 0,66 <sup>c</sup>             |      | 0,66 <sup>c</sup>              |      | 0,53 <sup>c</sup>         |
| – Comorbidade (Eixo I)           | 0,58 <sup>c</sup>          |      | 0,42 <sup>b</sup>             |      | 0,42 <sup>b</sup>              |      | 0,44 <sup>b</sup>         |
| Validade da Ortogonalidade       |                            |      |                               |      |                                |      |                           |
| – Extroversão                    | -0,16                      |      | -0,05                         |      | -0,08                          |      | 0,06                      |

*Nota:* OP = organização da personalidade; OP (IPO-Br) = média dos escores das Escalas Clínicas Primárias do Inventário de Organização da Personalidade – Brasil; OP (PODF) = classificação do nível de organização da personalidade pelo Formulário Diagnóstico da Organização da Personalidade; OP (DSM-IV-TR) = classificação do nível de organização da personalidade de acordo com a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos de Personalidade do Eixo II (SCID-II); OP (DSM-5) = classificação do nível de organização da personalidade pelo Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5); Números iguais indicam diferenças estatisticamente significativas

pelo teste *post hoc* de Bonferroni; <sup>a</sup>  $p \leq 0,05$ ; <sup>b</sup>  $p \leq 0,01$ ; <sup>c</sup>  $p \leq 0,001$ .

Finalmente, a proposta da teoria da organização da personalidade de que a dimensão de disposição temperamental (Introversão/Extroversão) e a dimensão da OP (Superior/Inferior) são ortogonais foi confirmada. Nenhum método de estimação da OP se correlacionou com o fator extroversão da BFP.

## **Considerações Finais**

A partir dos resultados apresentados neste capítulo, entendemos que o melhor instrumento para um adequado diagnóstico da personalidade é o processo da avaliação psicológica ou do psicodiagnóstico e não unicamente a testagem psicológica. As diferenças encontradas entre as técnicas de coletas de dados (entrevista, observação clínica e autorrelato) e entre os paradigmas de conceitualização dos TP (categórico, híbrido e estrutural) sinalizam a importância de o clínico se valer de metodologias multitraço e multimétodo de coleta de dados na clínica, com vistas a uma adequada compreensão do funcionamento da personalidade dos pacientes. Esperamos que este capítulo possa ter contribuído para um entendimento da aplicação e implicação clínicas de diferentes modelos diagnósticos da personalidade, indicando similaridades e diferenças, vantagens e desvantagens. Nota-se que as abordagens que incluem o modelo categórico apresentam diferenças importantes entre si, enquanto a abordagem dimensional, em que se considera o nível de prejuízo do funcionamento da personalidade, parece ser uma forma mais válida e confiável de diagnóstico da personalidade. Contudo, salienta-se como clinicamente útil e relevante a especificação dos traços mal adaptativos da personalidade, com objetivo de subsidiar a elaboração de planos de tratamento.

## REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition, Text Revision) (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5<sup>th</sup>. ed. American Psychiatric Publishing.

Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. American Psychiatric Publishing.

Clark, L. A., Livesley, W. J., & Morey, L. (1997). Special feature: Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 205-231. <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.3.205>

Clark, L. A., Vanderbleek, E. N., Shapiro, J. L., Nuzum, H., Allen, X., Daly, E., Kingsburg, T. J., Oiler, M. & Ro, E. (2015). The brave new world of personality disorder-trait specified: Effects of additional definitions on coverage, prevalence, and comorbidity. *Psychopathology review*, 2(1), 52-82. <https://doi.org/10.5127/pr.036314>

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization (IPO)*. The New York Hospital-Cornell Medical Center.

Diguer, L., Hébert, É., Gamache, D., Laverdière, Ol., Daoust, J-P. , & Pelletier, S. (2006). *Personality Organization Diagnostic Form (PODF): Manual for scoring*. Unpublished manuscript, Université Laval, Québec.

Diguer, L., & Normandin, L. (1996). *The Personality Organizations Diagnostic Form (PODF)*. Unpublished manuscript, Université Laval, Québec.

Diguer, L., Normandin, L., Hébert, É. (2001). *The Personality Organizations Diagnostic Form (PODF): Revised version*. Unpublished manuscript, Université Laval, Québec.

Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2012). Factor Structure of the Primary Scales of the Inventory of Personality Organization in a Nonclinical Sample Using Exploratory Structural Equation Modeling. *Psychological assessment*, 24(2), 503-517. <https://doi.org/10.1037/a0026264>

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I)*. Biometric Research Department.

First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J., & Benjamin, L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID II)*. Biometric Research Department.

Gamache, D., Laverdière, O., Diguier, L., Hébert, É., Larochelle, S., & Descôteaux, J. D. (2009). The Personality Organization Diagnostic Form: Development of a Revised Version. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(5), 368-377. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a20897>

Hébert, É., Diguier, L., Descôteaux, J., Daoust, J-P., Rousseau, J-P., Normandin, L., & Scullion, M. (2003). The Personality Organization Diagnostic Form (PODF): A preliminary report on its validity and interrater reliability. *Psychotherapy Research*, 13(2), 243-254. <https://doi.org/10.1080/713869643>

Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, 121(2), 424-432. <https://doi.org/10.1037/a0026656>

Kampe, L., Zimmermann, J., Bender, D., Caligor, E., Borowski, A. L., Ehrenthal, J. C., Benecke, C. & Hörz-Sagstetter, S. (2018). Comparison of the structured DSM-5 clinical interview for the Level of Personality Functioning Scale with the Structured Interview of Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 100(6), 642-649. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1489257>

Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Artes Médicas.

Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. K. Lenzenweger, & J. F. Clarkin (Eds.). *Major theories of personality disorder*. (2. ed. pp. 114-156). The Guilford Press.

Krueger, R. F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(4), 355-362. <https://doi.org/10.1037/per0000028>

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>

Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting Comorbidity: A Model-Based Approach to Understanding and Classifying Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-133. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213>

Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577-591. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>

Lugo, V., Oliveira, S. E. S., Hessel, C. R., Monteiro, R. T., Pasche, N. L., Pavan, G., Motta, L. S., Pacheco, M. A. & Spanemberg, L. (2019). Evaluation of DSM-5 and ICD-11 personality traits using the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in a Brazilian sample of psychiatric inpatients. *Personality and mental health*, 13(1), 24-39. <https://doi.org/10.1002/pmh.1436>

Markon, K. E., Chmielewski, M., & Miller, C. J. (2011a). The Reliability and Validity of Discrete and Continuous Measures of Psychopathology: A Quantitative Review. *Psychological Bulletin*, 137(5), 856-879. <https://doi.org/10.1037/a0023678>

Markon, K. E., Chmielewski, M., & Miller, C. J. (2011b). "The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review": Correction to Markon et al. (2011). *Psychological Bulletin*, 137(6), 1093. <https://doi.org/10.1037/a0025727>

Melo, N. M. M., & Rangé, B. P. (2010). SCID-II-DSM-IV – Entrevista clínica estruturada para transtornos de personalidade: tradução e utilização na DPA/IP/UFRJ. *Anais da 8ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental*, 67. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2011) Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 347-353. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577853>



Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2013). Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic models for personality disorder: evaluation of strategies for establishing diagnostic thresholds. *Journal of Psychiatric Practice*®, 19(3), 179-193. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000430502.78833.06>

Morey, L. C., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2014). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, 123(2), 398-405. <https://doi.org/10.1037/a0036481>

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S. & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) – Manual técnico*. Casa do Psicólogo.

Oliveira, S. E. S. (2012). *Diagnóstico estrutural da personalidade: Adaptação e validação do Inventory of Personality Organization para a cultura brasileira*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Oliveira, S. E. S. (2018a). O modelo híbrido de diagnóstico dos TP no DSM-5. in C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini. (Orgs.). *Avaliação psicológica da inteligência e da personalidade* (pp. 280-299). Artmed.

Oliveira, S. E. S. (2018b). Integração entre teoria, pesquisa e prática no psicodiagnóstico da personalidade: relato de caso. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini. (Orgs.). *Avaliação psicológica da inteligência e da personalidade* (pp. 447-486). Artmed.

Oliveira, S. E. S. (2019). Avaliação e diagnóstico dos TP: modelos categórico, dimensional e híbrido. In M. N. Baptista, et al. (Orgs.). *Compêndio de avaliação psicológica* (pp. 589-600). Vozes.

Oliveira, S. E. S. & Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety*, 1, <https://doi.org/10.4172/jda.1000105>

Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2013a). O diagnóstico estrutural da personalidade segundo o modelo de Otto F. Kernberg. In L. F. Carvalho, & R. Primi. (Orgs.). *Perspectivas em psicologia dos TP: Implicações teóricas e práticas* (pp. 239-263). Casa do Psicólogo.

Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2013b). *Manual traduzido para o português brasileiro do Personality Organization Diagnostic Form (PODF)*. Manuscrito não-publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R., Primi, R., & Krueger, R. F. (2016). Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Brazilian Version – in Community and Clinical Samples. *Manuscrito não-publicado*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Oliveira, S. E. S., Oliveira, T. C., Bandeira, D. R., & Krueger, R. F. (2020). Personality types and personality traits in DSM-5: Do they really match? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6(spe), e36nspe15. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe15>

Oliveira, S. E. S., Silva, L. K. C., Pimentel, F. U., & Oliveira, N. P. (2019). Traços patológicos da personalidade e suas implicações para a clínica. In C. Antloga, K. T. Brasil, S. R. Lordello, M. Neubern, & E. Queiroz. (Orgs.). *Psicologia clínica e cultura contemporânea 4* (pp. 283-303). Technopolitik. [http://www.psicc.unb.br/images/livros/PsiClin4\\_05mar20P.pdf](http://www.psicc.unb.br/images/livros/PsiClin4_05mar20P.pdf)

Pull, C. B., & Janca, A. (2020). Arrangement for personality disorder in the 11th Revision of the International Classification of Diseases. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(1), 43-44. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000563>

Rek K, Thielmann I, Henkel M, Crawford M, Piccirilli L, Graff A, Mestel R, Zimmermann J. (2020). A psychometric evaluation of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD) in nonclinical and clinical German samples. *Psychological Assessment*, 32(10), 984-990. <https://doi.org/10.1037/pas0000926>

Samuel, D. B. (2015). A review of the agreement between clinicians' personality disorder diagnoses and those from other methods and sources. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(1), 1-19. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12088>

Samuel, D. B., Añez, L. M., Paris, M., & Grilo, C. M. (2014). The convergence of personality disorder diagnoses across different methods among monolingual (Spanish-speaking only) Hispanic patients in substance use treatment. *Personality disorders*, 5(2), 172-177. <https://doi.org/10.1037/per0000033>

Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2002). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1055-1085. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.09.001>

Silveira, L. B. (2015). *Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br): Evidências de validade entre amostras clínica e não clínica*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Silveira, L. B., Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R. (2018). Validity evidences of the inventory of personality organization – Brasil (IPO-Br): Its relation with the five-factor model of personality. *Temas em Psicologia (Ribeirão Preto)*, 26(4), 1875-1889. <https://doi.org/10.9788/tp2018.4-07pt>

Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D., Krueger, R. F., Verheul, R., Bell, C. C. & Siever, L. J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of personality disorders*, 25(2), 136-169. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.136>

Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders: A clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 606-613. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101220>

Tyrer, P. , Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A.,... & Swales, M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the international classification of diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, 5(4), 246-259. <https://doi.org/10.1002/pmh.190>

Verheul, R., & Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 18(4), 309-319. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.4.309.40350>

Watters, C. A., Bagby, R. M., & Sellbom, M. (2019). Meta-analysis to derive an empirically based set of personality facet criteria for the alternative DSM-5 model for personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(2), 97-104. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000307>

Widiger, T. A. (1993). The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry*, 4(2), 75-90. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli0402\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0402_1)

Widiger, T.A., & Costa, P. T. (2002). Five-factor model personality disorder research. In P. T. Costa & T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 55-87). American Psychological Association.

Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19(2), 110-130. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>

Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., Martinez, J., & Morgan, T. A. (2012). Which DSM-IV personality disorders are most strongly associated with indices of psychosocial morbidity in psychiatric outpatients? *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 940-945. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.02.008>



# ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA: fundamentos, conceitos e aplicações

*Fabio Iglesias  
Felipe Valentini*

---

Apesar de muito associada à figura do próprio estatístico e de outros profissionais das áreas de ciências exatas, a análise e a interpretação de dados quantitativos é hoje um conhecimento fundamental para os que se identificam com a clínica. No caso do psicólogo, que tem uma formação em ciências humanas, sociais e da saúde, tem-se então o desafio de desenvolver conhecimentos que são frequentemente vistos como desinteressantes, frios e difíceis. Entretanto, dominar as ferramentas básicas da estatística é tarefa muito mais simples do que parece, desde que sejam bem apresentadas e bem contextualizadas para as necessidades de cada área. O objetivo deste capítulo é revisar os conceitos básicos e algumas das principais estratégias de análise de dados quantitativos que são praticadas em psicologia clínica e áreas afins. Incluem-se discussões acerca da lógica dos níveis de medida, dos testes de hipóteses, dos delineamentos de pesquisa e da serventia dos testes inferenciais (com destaque para comparar grupos, correlacionar, prever e associar variáveis). O texto se apresenta como uma guia prático (e amigável!), com exemplos plenamente intuitivos, de modo que se possa aplicar os conhecimentos de análise de dados à realidade profissional e acadêmica da psicologia clínica.

## **Psicologia e Quantificação**

Se análise de dados quantitativos fosse fácil, você não se interessaria por este capítulo. Mas há quase um século Thorndike (1926, p. 38) escreveu algo que constitui uma das bases mais importantes da psicometria: “Se algo existe, pode ser medido”. A despeito de qualquer complexidade teórico-conceitual ou mesmo empírica, os fenômenos na área da psicologia clínica existem e, portanto, podem e devem ser medidos. Se são medidos, precisamos então de ferramentas para sumariá-los, compará-los e interpretá-los, para se tomar as melhores decisões possíveis em qualquer situação. Utilizar dados quantitativos não é melhor ou pior do que utilizar dados qualitativos (Günther, 2006). São apenas abordagens complementares, cada um com suas vantagens e desvantagens – sobretudo em tempos de metodologia mista (quali e quanti).

Este capítulo não pretende (nem poderia) treiná-lo(a) na execução de análises quantitativas. O objetivo é revisar, com exemplos bem intuitivos, os principais conceitos e estratégias básicas da estatística. Não existe justificativa razoável de qualquer estudante ou profissional para que deixem a análise e a interpretação de dados quantitativos apenas nas mãos de outras pessoas, como se fosse um conhecimento exclusivo ou inacessível. Mais ainda, a psicologia toda passa por um momento de exigências de transparência e replicabilidade, com implicações metodológicas e analíticas para a psicologia clínica (Tackett et al., 2019). Mesmo que não usem diretamente as análises quantitativas, todos os estudantes e profissionais envolvidos com a área devem, no mínimo, saber compreender o que é relatado em artigos, livros, relatórios técnicos e outras formas de publicação. Depois de ler este capítulo, esperamos que você nunca mais pule a leitura das seções nomeadas como “Método” e “Resultados”, apreciando mais a estatística.

## Níveis de Medida

Antes de examinarmos os elementos básicos da estatística, precisamos compreender uma lógica ainda mais fundamental, sistematizada por Stevens (1946) e conhecida como nível de medida. Obviamente medir qualquer coisa em psicologia é um problema bem mais complexo, mas por ora sigamos esse raciocínio. As variáveis variam (sem trocadilho), mas variam conforme diferentes propriedades. Algumas são apenas frequências de certas categorias, outras são ordenações e outras são escalas propriamente ditas. Como dica de memória para os níveis de medida e para guiar nossa explicação, pense na sigla “NOIR”, que é a cor preta ou o adjetivo escuro em francês (além de um certo estilo cinematográfico).

O nível de medida mais básico é o nominal (o N de NOIR). Tudo o que se pode fazer com uma variável, neste caso, é atribuir nomes para as suas categorias, que são discretas. Para a variável sexo, de modo mais sumário (para simplificação do exemplo) usamos as categorias masculino e feminino. Para estado civil, usamos solteiro, casado, divorciado, etc. Para Unidades da Federação, usamos RJ, DF, RN, etc. Repare que no nível nominal de medida não há qualquer relação ou hierarquia entre as categorias e conferimos à variável apenas uma única propriedade – a identidade. Masculino não é maior ou menor que feminino, assim como um psicólogo não é antes ou depois de um advogado. Essas variáveis são categóricas, ou seja, expressam apenas uma identidade. Mesmo que se utilizem eventualmente alguns números para indicar categorias de uma variável, isso não garante mais do que o nível de

medida nominal (p. ex., o Cadastro de Pessoa Física – CPF é composto por 11 dígitos, mas obviamente nada significam matematicamente). É até comum atribuir números a categorias nominais, mas apenas por mera conveniência.

O segundo nível de medida é o ordinal (O). Aqui as variáveis não recebem apenas nomes e já podemos conhecer algum tipo de relação entre as categorias existentes (propriedade da ordem). Por exemplo, haverá uma pessoa em primeiro lugar, outra em segundo, outra em terceiro e assim por diante. Da mesma forma, quando falamos de faixas etárias, pode haver, digamos, uma de 15 a 20 anos, menor que a de 21 a 30 anos, menor que a de 31 a 45. Existem pessoas com sintomas leves, médios ou graves. Assim, as variáveis no nível de medida ordinal permitem justamente algum tipo de ordenação de suas categorias possíveis. No entanto, repare que mesmo conhecendo uma ordenação pode não ser possível conhecer os intervalos entre as categorias. Afinal, podemos saber que uma pessoa chegou em primeiro lugar e outra em segundo, mas não quanto tempo as separa. Podemos dizer que um sintoma é leve e o outro grave, mas pode não ser possível saber quantas ocorrências os diferenciam.

Variáveis no nível de medida intervalar (I), como revela o termo, é que permitem verificarmos os intervalos entre suas categorias, que são inevitavelmente contínuas e não somente discretas. Se estamos medindo, por exemplo, opiniões em categorias de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), avaliações de -5 a +5, felicidade de 0 a 100, etc., matematicamente conhecemos as diferenças entre as respostas. Os intervalos parecem claros e equidistantes. Temos não somente a propriedade da identidade (nível nominal) e da ordem (nível ordinal), mas também da aditividade: agora podemos calcular médias e outros indicadores relevantes! Entretanto, uma discussão é essencial. Do ponto de vista purista, na estatística, esses são exemplos de um nível mais ordinal do que intervalar. Afinal, atribuir números que permitam soma, subtração, divisão e multiplicação não resolve o problema de saber o que eles representam! É difícil dizer qual a diferença operacional entre “discordar totalmente” e apenas “discordar”, assim como entre estar feliz no escore 0, no escore 58 ou no 93. De todo modo é comum na psicologia e áreas afins, por conveniência, tratar essas medidas arbitrárias como intervalar.

Finalmente existe um quarto nível de medida, chamado nível de razão (o R do NOIR). Ele é matematicamente igual ao nível intervalar, com a diferença de que existe um zero absoluto na variável, ou seja, uma categoria que representa a ausência de qualquer valor e que faz sentido. Quando dizemos que alguém tem 0 filhos, trata-se de zero absoluto, porque isso é a ausência total de filhos. Na balança corporal, mesmo que não haja ninguém que pese 0 quilos, essa categoria é possível, então é também zero absoluto.



Mas repare que não há zero absoluto, por exemplo, quando medimos a temperatura em graus Celsius e o termômetro informa 0: significa que está muito frio, mas não uma ausência de temperatura. No exemplo que demos sobre felicidade, 0 não é ausência de felicidade, apenas o nível mínimo na escala que definimos. O nível de razão, portanto, é mais frequente quando as variáveis são naturais, como é o caso da altura, do peso, do número de ocorrências, etc. Para simplificar, muitas vezes os níveis intervalar e de razão são chamados, juntos, de nível escalar. Eles permitem o uso de escalas e determinar se o zero é absoluto costuma ser um problema muito mais conceitual do que prático.

Existe uma diferenciação analítica importante quando se consideram os quatro níveis de medida, como veremos logo adiante. Por ora basta dizer que os dois primeiros (nominal e ordinal – NO) são classificados como não-paramétricos. Os dois últimos (intervalar e de razão – IR) são classificados como paramétricos. Esses termos são usados porque somente os paramétricos, como diz o nome, exigem parâmetros em sua distribuição, como é o caso do parâmetro da normalidade na estatística descritiva, algo que também mostraremos adiante. Como se sabe, NOIR em francês é pronunciado como “noar”, então fica também a dica de que se lembre sempre dos níveis de medida, ao invés de deixar a ideia somente no ar.:-)

## **Estatística Descritiva**

Como o nome indica, trata-se da parte da estatística que descreve os dados, ou seja, que se vale de medidas para sumarizar, com poucos indicadores, uma grande quantidade de números. É a estatística mais popularmente utilizada e que faz parte da rotina de qualquer pessoa.

### ***Medidas de Tendência Central***

Essas pode ser que você já conheça, pois incluem a média, a moda e a mediana. A média nada mais é do que a soma de todos os valores verificados, dividida pela quantidade de valores ( $3 + 7 + 8 + 3 + 9 + 2 + 5 / 7 = 5,29$ ). É de longe a medida de tendência central mais utilizada e mais intuitiva quando se quer representar rapidamente um conjunto de dados. Já a moda se refere à ocorrência mais frequente num conjunto de dados. Por exemplo, no conjunto 3, 7, 8, 3, 9, 2 e 5, a moda é 3, porque foi o número que mais apareceu. Finalmente, a mediana é o valor que divide o conjunto de dados em duas metades. Se ordenarmos aqueles mesmos números (2, 3, 3, 5, 7, 8, 9), veremos que 5 é a mediana, porque 50% dos números estão antes dele

e 50% depois. Há 7 números na ordenação (portanto, ímpar). Se for par, seria preciso calcular a média entre os dois números centrais. Por exemplo, se fossem 1, 2, 3, 3, 5, 7, 9, 9, a mediana seria 4. Repare mais uma coisa: neste último exemplo não temos mais somente uma moda, porque agora o número 9 tem a mesma frequência que o número 3. Dizemos, portanto, que é bimodal (tem duas modas), mas poderia ser trimodal, tetramodal etc.

Mas qual o problema com essas medidas? Elas podem não ser suficientes para descrever adequadamente um conjunto de dados. Se tivemos 20, 32 e 27 atendimentos em três dias seguidos, a média 26,33 poderia expressar, com um razoável grau de ajuste, o que realmente aconteceu. Entretanto, qualquer média pode ser afetada por valores extremos (*outliers*), tanto os mais baixos quanto os mais altos, de modo que não funcionaria bem para se ajustar ao que realmente aconteceu. Se fossem, por exemplo, 10, 85 e 17 atendimentos, a média agora seria 37,33. Esse valor não é próximo de qualquer um dos três valores originais e, portanto, a média seria um indicador pouco confiável se apresentado sozinho.

### ***Medidas de Dispersão***

Neste caso o foco não é em medidas que descrevam o centro da distribuição (como mostramos em relação a média, moda e mediana), mas na maneira como os valores se dispersam. A medida de dispersão mais conhecida e mais utilizada é o desvio-padrão, que expressa o quanto, em média, os valores desviam da média. É, por isso, uma informação que deve sempre aparecer junto da média. Se o desvio-padrão é alto em relação à média, significa que os valores são bastante dispersos e a média é pouco confiável (pouco ajustada). Se o desvio-padrão tem um valor baixo, a média pode representar melhor, porque os valores dos dados se dispersam pouco. Se os valores fossem 10, 85 e 17, já vimos que a média seria 37,33. Se calcularmos o desvio-padrão, veremos que ele é 41,43. Conclui-se, nesse caso, que a média é um péssimo indicador do conjunto de dados, porque estão muito dispersos.

### ***Medidas de Distribuição***

O problema da relação entre média e desvio-padrão envolve diretamente as chamadas medidas de distribuição. Elas também indicam, de modo sumário, se os dados de uma variável se apresentam muito concentrados em torno da média, se são muito dispersos ou se são mais equilibrados em diferentes pontos da escala de medida. A qualidade da distribuição é verificada principalmente por dois critérios: simetria e curtose. A simetria indica o quanto se

parecem os dois lados da distribuição quando separados pela média. Desta forma, podem-se encontrar assimetrias negativas e positivas. Idealmente, os valores de simetria devem ser próximos de 0, mas valores próximos de 1 ou -1 podem ser aceitos quando se quer alguma evidência de normalidade na distribuição. A curtose, por outro lado, indica o quanto a curva de distribuição está mais achatada (frequência mais dispersa) ou mais alongada (frequência concentrada em torno da média). Assim como na simetria, valores de -1 a +1 são geralmente aceitos como evidência de normalidade.

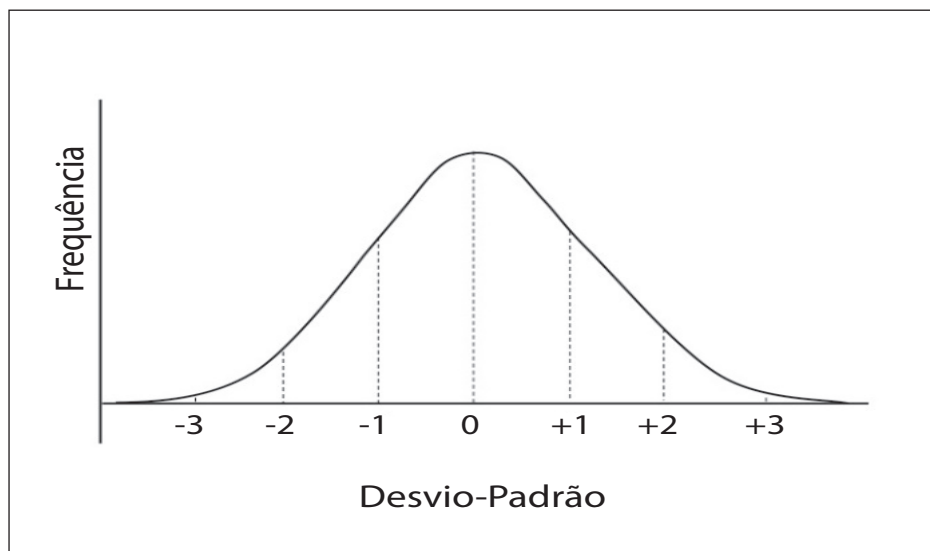
### ***Medidas de Localização***

As medidas de localização são aquelas que indicam, como o termo denota, a maneira como os dados podem ser identificados em diferentes pontos da distribuição. Os tipos mais conhecidos são os percentis, que dividem os dados em 100 pontos iguais, quando ordenados. Mas também é muito útil descrever os dados a partir dos chamados quartis. O conjunto todo dos dados tem, claro, 100%. Assim, o primeiro quartil corresponde a 25%, o segundo quartil corresponde a 50% e o terceiro corresponde a 75%. Note que o segundo quartil (50%), por dividir a variável em duas metades iguais, corresponde exatamente à mediana. Quando a distribuição é perfeitamente simétrica (simetria = 0), mesocúrtica (curtose = 0) e a média tem o mesmo valor da moda e da mediana, os dados apresentam a desejada normalidade.

### ***Normalidade***

Embora não seja sempre o caso, o ideal que se busca nas variáveis é que se aproximem do que é chamado de distribuição normal ou normalidade. Esse é um pressuposto de diversos testes estatísticos inferenciais (como os que são apresentados neste capítulo). Também chamada de curva de Gauss, a normalidade é obtida quando os dados ficam distribuídos em forma de sino, como na Figura 1. Essa forma é simétrica, ou seja, os dois lados (ou duas caudas) da distribuição são exatamente iguais, espelho um do outro. Quando as variáveis apresentam normalidade, tratamos os dados como paramétricos, abrindo-se muitas opções de análises mais ricas. Muitas vezes as variáveis não têm, por definição, uma distribuição normal, não porque seja uma limitação dos dados, mas porque os dados são nominais ou ordinais. Como já mostramos, não é possível esperar uma distribuição normal de estado civil ou de ordem de chegada, porque não se pode calcular média deles.

**Figura 1** – Representação de uma curva normal, com desvios-padrão normalizados.



Embora haja uma classe mais moderna de testes estatísticos que tem se mostrado robustos à violação do pressuposto de normalidade, atender aos pressupostos de cada tipo de análise é fundamental. Não é nosso objetivo analisá-los, mas lembramos que há testes que também exigem, entre outros: independência das observações; homogeneidade das variâncias (para que se possa comparar suas médias, os grupos devem ter variância parecida); linearidade (a relação entre variáveis é expressa por uma reta); normalidade dos erros (muito importante nas regressões lineares que você vê adiante); exame de multicolinearidade (variáveis que entram juntas em um modelo não podem estar altamente correlacionadas). Field e Wilcox (2017) apresentaram um excelente guia sobre isso na psicologia clínica.

## Estatística Inferencial

Chegamos agora na parte mais complexa da estatística, porém a mais valiosa. Fazer uma inferência significa tentar generalizar, para a população, aquilo que se verifica numa amostra de dados. Isso ocorre porque raramente temos acesso à toda a população e frequentemente as amostras são limitadas. Além disso, muitas vezes as amostras são de conveniência, ou seja, obtidas pelas vantagens de se coletar dados em um certo local, com certos participantes, em um certo momento, com um certo método ou instrumento. Amostragem é um problema prático e muito central nas pesquisas em psicologia, objeto de muitas considerações sobre validade, fidedignidade, taxa de resposta e custo

financeiro (Robertson & Sibley, 2018). Isso torna ainda mais importante a estatística inferencial, para testar se relações encontradas numa amostra podem ser generalizadas para a população.

A forma mais utilizada para realizar inferências em estatística é o chamado teste de hipótese. Tradicionalmente ele se baseia em um raciocínio frequentista (hoje têm se popularizado modelos alternativos, como o Bayesiano, de que não trataremos aqui). Embora tenha sofrido modificações e debates, o teste estatístico da hipótese nula ficou bastante popular depois do trabalho de Jerzy Neyman e Egon Pearson (filho de Karl Pearson) na década de 1930. Por mais contra-intuitivo que pareça, no entanto, é preciso alertar que a rigor o teste de hipótese não gera “comprovação” de nossas hipóteses, nem “provamos estatisticamente” alguma coisa. O teste se concentra em tentar eliminar a hipótese contrária à que formulamos (daí a hipótese “nula”). Imagine que nossa hipótese seja: “Os homens apresentam nível de ansiedade diferente das mulheres”. O que realmente podemos testar, com a estatística, é se eles apresentam a mesma ansiedade (hipótese nula). Caso consigamos mostrar que essa hipótese nula é falsa (ou seja, que é falso considerar homens e mulheres no mesmo nível de ansiedade), então podemos argumentar, ainda com algum grau de dúvida, que eles são diferentes! Parece estranho, mas a estatística adota esse procedimento para fazer inferências, porque as coisas precisam resistir ao teste da falseabilidade para se mostrar “verdadeiras”. Isso não é diferente de várias situações do dia-a-dia. No plano legal, por exemplo, se você for acusado de algum crime, nunca poderá provar, rigorosamente, que não estava no local do crime. A única coisa que pode eventualmente provar é que estava em outro lugar, o que lhe inocentaria de qualquer acusação (Hipótese nula = você é culpado; Hipótese alternativa = você é inocente).

Vê-se que a estatística não é propriamente uma ciência “exata” e os números não “falam” por si. A análise usa elementos matemáticos que são bastante objetivos, mas as decisões que tomamos dependem da interpretação. Assim, envolvem riscos que precisamos tomar ao escolher certas conclusões, sempre imprecisas. Quando o juiz for decidir sobre a sua eventual inocência no crime, correrá dois grandes riscos, que chamamos de Tipo 1 (alfa) e Tipo 2 (beta). Nenhum juiz quer inocentar um homem se ele for culpado (erro Tipo 1). Mas da mesma forma não quer condenar um homem inocente (erro Tipo 2), o que ele faria se ficar com a hipótese nula! Como resolver esse dilema? O teste de hipótese trabalha com probabilidades de erro. Além disso, utiliza um parâmetro de ajuste chamado graus de liberdade, já que o valor do teste depende do tamanho de nossa amostra e do número de variáveis.

Embora não seja uma regra absoluta, em psicologia clínica geralmente aceitamos correr um risco de 5% de estarmos errados quando rejeitamos nossas hipóteses nulas. Esses 5% equivalem a dizer que, a cada 20 decisões, 1

pode estar errada. É uma forma razoável de se trabalhar com probabilidades, já que é impossível haver 0% de chance de erro. Esse assunto é ainda mais complexo do que apresentamos aqui, mas por ora basta dizer que todo teste estatístico, além de informar o seu valor, é acompanhado por algo como “ $p < 0,05$ ” ou “ $p = 0,002$ ”, entre vários outros números possíveis. O “ $p$ ” expressa justamente o risco associado àquela decisão e é fundamental para saber o quanto podemos confiar no resultado.

## Tamanho de efeito

Um dos problemas de se utilizar o  $p$  como critério nos testes estatísticos é que ele é muito sensível ao tamanho da amostra (representando por  $N$ ). Quando uma pesquisa envolve grandes bancos de dados, por exemplo, a tendência é o  $p$  assumir valores bem baixos, falsamente convenientes. Pior, ao se replicar o teste é possível encontrar valores bem diferentes entre si, tornando as conclusões nada confiáveis. Não se pode trabalhar com probabilidades diversas de erro, nem com pesquisas que não podem ser comparadas nos seus resultados. Assim, utiliza-se o recurso de relatar, além dos valores de cada teste e seus  $ps$ , um conjunto de medidas chamadas de tamanho de efeito (um excelente guia sobre o assunto é Ellis, 2010).

Tamanho de efeito (*effect size*) é uma medida padronizada, que permite a comparação de pesquisas quaisquer, mesmo que tenham usado diferentes testes ou métodos. Repare que no teste estatístico baseado em  $p$  trabalha-se com um critério qualitativo, do tipo “tudo ou nada” (Cumming, 2014). O pesquisador acaba concluindo que encontrou (ou não) um efeito comparando se o valor  $p$  em sua pesquisa é menor (ou maior) que algum critério (p. ex.,  $p < 0,05$ ). Mas que decisão se deve tomar se ele encontrar valores próximos do critério? Rosnow e Rosenthal (1989, p. 1277) argumentaram, jocosamente, que “com certeza, Deus ama 0,06 quase tanto quanto ama 0,05”. É claro que uma pesquisa não é melhor, nem “mais significativa” ou “menos significativa” por causa do valor de  $p$ !

O *Journal Article Reporting Standards* (JARS), bastante destacado na última edição do Manual de Publicação da American Psychological Association ([APA], 2020), exige que qualquer seção de resultados estatísticos inclua o relato de tamanho de efeito (além dos intervalos de confiança, que infelizmente não discutiremos aqui). Qualquer instituição de ensino, congresso, revista ou outro veículo que adote as normas da APA obriga os autores, portanto, a não depender somente dos valores de  $p$  para suas decisões. Existe uma considerável gama de medidas de tamanho de efeito, apropriadas para cada caso.

## Agora Sim, os Testes Inferenciais!

Concentraremos aqui mais nos univariados do que nos multivariados, já que estes últimos começam a exigir conhecimento mais avançado de estatística e de psicometria. Para alguns basta procurar na Internet por termos como “calculador estatístico” ou pelos nomes dos testes. Por outro lado, muitas vezes basta uma calculadora. Como se sabe, há uma grande diversidade de programas estatísticos, tanto pagos (p. ex. SPSS e SAS) quanto gratuitos (p. ex., R e Jamovi), mas não é nosso objetivo examiná-los, tampouco ensinar a sua utilização (veja Field, 2017). Basta dizer que a lógica de todos é basicamente a mesma e você não deve aprender a apertar botões: deve aprender a tomar decisões.

Ao examinar os níveis de medida, nós já vimos que eles se organizam em não-paramétricos (nominal e ordinal) e paramétricos (escalar e de razão). Vamos então usar essa classificação para apresentar sumariamente os testes estatísticos que acompanham esses tipos de medida. Começaremos pelos paramétricos, que são mais frequentes e tidos muitas vezes como mais desejáveis, embora isso dependa de muitos fatores. Em seguida examinaremos os não-paramétricos, que fazem menos exigências sobre os níveis de medida dos dados disponíveis e são, portanto, uma ferramenta valiosa em muitas situações mais simples.

### *Testes Paramétricos*

**Correlação de Pearson.** Afirmamos neste capítulo que uma variável deve necessariamente variar, ou seja, receber diferentes valores para pessoas diferentes. Agora, se tivermos duas variáveis e elas variarem concomitantemente? Por exemplo, imagine as variáveis altura e peso de pacientes em um hospital. Existe uma tendência de que pessoas altas tenham maior peso que pessoas de estatura mediana ou baixa (mesmo que haja várias exceções). Assim, concluiremos que existe uma tendência do peso variar em conjunto com a altura da pessoa. Ou seja, quanto mais alta for a pessoa, maior seu peso (e vice-versa).

Quando duas variáveis variam conjuntamente dizemos que possuem variância em comum (chamada de covariância) e, portanto, covariam. A correlação é uma maneira padronizada de testar e medir o efeito da covariância entre duas variáveis. Essa é uma vantagem, pois o resultado independe da métrica específica em que as variáveis foram medidas. Imagine que medimos a relação da temperatura (em graus Celsius, que são negativos e positivos) com o número de homicídios (de 0 até muitos milhares). Seria muito difícil interpretar o resultado, se em métricas distintas.

O teste de correlação mais utilizado é o de Pearson ( $r$ ), assim conhecido depois do trabalho realizado por Karl Pearson, um dos grandes nomes da estatística no século XX. Ele propôs um cálculo em que a covariância de quaisquer duas variáveis pode ser expressa numa escala padronizada, sejam quais forem as métricas originais. A escala da correlação varia de -1 (negativa perfeita) até +1 (positiva perfeita), mas valores perfeitos nunca são encontrados. A maior parte ocorre entre -0,95 e +0,95 e, quanto mais altos, maior a força da correlação. Por exemplo, uma correlação de 0,23 é mais baixa que 0,77; uma de -0,14 é mais baixa que -0,53.

Veja o sinal da correlação: positiva indica que o aumento de uma variável está relacionado ao aumento de outra variável; negativa indica que o aumento de uma variável está relacionado à diminuição de outra variável. Por exemplo, se verificamos uma correlação de -0,38 numa pesquisa sobre auto-controle e sensibilidade a dor. Significa que pessoas com maior auto-controle sentem menos dor (e vice-versa). Mas como saber se essa é uma correlação que merece importância? Somente com base na literatura da própria área é que se faz essa avaliação relativa. Repare ainda que o sinal positivo ou negativo indica apenas a direção. Se fosse 0,38, a correlação teria a mesma magnitude (ou tamanho de efeito). Claro, ela deve ser significativa.

A correlação de Pearson é expressa pela letra " $r$ ", seguida dos graus de liberdade (no caso da correlação é  $N$  menos 2), o valor da correlação e " $p$ " (o risco de se cometer erro Tipo 1). Por exemplo, "houve correlação positiva entre teor alcóolico no sangue e agressividade,  $r(403) = 0,83, p < 0,001$ " significa que a amostra tinha 405 participantes e, quanto maior o teor alcóolico, maior a agressividade. A correlação parece relativamente alta (afinal, 0,83 já é bem próximo de 1,0). Além disso, a frase informa que o risco de uma decisão errada é menor que 0,001, ou seja, menos do que 1 chance em 1.000. Idealmente, esperamos que os testes estatísticos revelem valores altos, mas que os " $p$ "s, que indicam os riscos, sejam bem baixos. Julgar o tamanho do efeito de uma correlação depende muito de cada área e de diversos fatores complexos, mas é geralmente visto como baixo (até 0,30), médio (entre 0,30 e 0,50) e forte (entre 0,50 e 1).

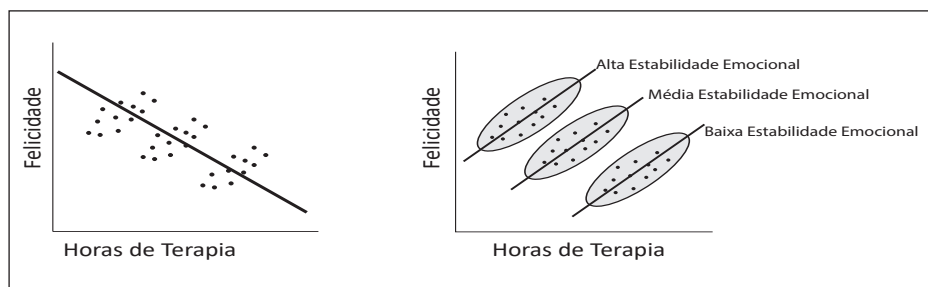
Em outra oportunidade revisamos várias das falsas concepções que mesmo quem usa estatística regularmente não costuma identificar (Valentini & Iglesias, no prelo). Talvez a mais importante dessas falsas concepções é a de que correlação significa causalidade. Se a temperatura ambiente e o número de homicídios aparecem correlacionados positivamente, não podemos simplesmente concluir que a mudança na temperatura é a causa dos homicídios (nem que os homicídios são causa da temperatura!). Identificar causa e efeito depende muito mais do que simplesmente duas variáveis compartilharem alguma relação, seja ela positiva ou negativa. Não é difícil encontrar correlações entre variáveis que não fazem qualquer sentido. O ideal é que se testem



correlações com variáveis que têm fundamentação para ser comparadas, para se investigar depois a existência de uma relação causal.

**Correlação e o Paradoxo de Simpson.** Um dos fenômenos mais inusitados em correlações ocorre quando uma terceira variável explica a correlação entre outras duas variáveis. Em alguns casos a variável pode até mesmo alterar a direção das correlações. Na parte esquerda da Figura 2 parece haver uma correlação negativa, para a população geral, entre a quantidade de horas de terapia e os níveis de felicidade. Entretanto, ao separarmos as correlações por níveis de estabilidade emocional (parte direita da Figura 2), a correlação entre terapia e felicidade inverte o sinal em todos os subgrupos de baixa, média e alta estabilidade emocional (i.e., a correlação é positiva entre felicidade e horas de terapia para todos os subgrupos).

**Figura 2** – Exemplo de Paradoxo de Simpson com as Variáveis Felicidade e Horas de Terapia



Esse é um exemplo no qual a relação entre duas variáveis, considerando a amostra geral, é o inverso da relação observada para todas as subamostras. Por isso é um paradoxo e recebe o nome de Simpson (1951), que popularizou o fenômeno (não foi o Homer nem o Bart). Naquele exemplo é provável que pessoas com baixa estabilidade emocional sejam menos felizes e precisem de mais terapia. Portanto, a ocorrência dos níveis de estabilidade emocional explica o número de horas de terapia e os níveis de felicidade, bem como a relação entre elas. Isso ilustra a importância de explorar todos os dados, considerar as subamostras e integrar todas as teorias e relações entre variáveis, com teorias psicológicas robustas. Caso contrário, alguém concluiria que terapia gera infelicidade!

**Regressão.** Você certamente já ouviu falar de regressão a vidas passadas ou regressão mental, mas em estatística, a regressão é uma forma de tentar prever uma variável (variável critério) a partir de outras (variáveis preditoras), com base na lógica da correlação. Se duas variáveis estão correlacionadas,

significa que compartilham variância, então é possível simular (como se fosse um experimento) qual seria o efeito explicativo de uma variável sobre a outra.

Obviamente não queremos assustá-lo(a) com conceitos muito complexos, mas precisamos dizer que outra forma de visualizar a análise de regressão é na equação linear:  $Y = b_0 + b_1 X_1 + e$ . Nessa equação  $Y$  é a variável critério (ou variável dependente, a ser predita);  $b_0$  é o intercepto (constante);  $b_1 X_1$  é o produto do escore na variável preditora  $X_1$  e do coeficiente de regressão ( $b_1$ ) para esta variável;  $e$  é o resíduo ou erro. Caso você já tenha entrado em pânico, basta saber que a parte mais importante é o coeficiente de regressão ( $b_1$ ). Ele é uma medida da contribuição da variável preditora  $X$  para a explicação da variável critério  $Y$ . Ao visualizar a equação novamente (esquecendo, neste momento, o  $b_0$  e o  $e$ ), vê-se que se o coeficiente de regressão ( $b_1$ ) for igual a 1, qualquer alteração em  $X$  afetará  $Y$  na mesma intensidade. O mesmo raciocínio pode ser utilizado para qualquer coeficiente de regressão diferente de 1 ou mesmo negativo.

Ressalta-se que os coeficientes de regressão podem ser não padronizados ou padronizados. Os não padronizados são mensurados na métrica original das variáveis. Mas os padronizados, também chamados de *betas*, são transformados em unidades de desvio-padrão, logo ficam passíveis de comparação. Além disso a equação de regressão contém um intercepto ( $b_0$ ). Por se tratar de uma equação,  $X$  e  $Y$  podem assumir diferentes valores e eles podem ser plotados numa reta de um gráfico. O intercepto representa o valor de  $Y$  quando a reta cruza o eixo  $X$ . Em outras palavras, o intercepto é o valor esperado da variável critério ( $Y$ ) caso todas as variáveis explicativas ( $X$ ) sejam iguais a 0. Por sua vez, o erro, também denominado resíduo, diz respeito à diferença entre o valor observado da variável critério e o valor predito pelo modelo de regressão. Lembre-se que se trata de um modelo (não a realidade), portanto sempre existem erros ou resíduos sem explicação!

Resta, ainda, avaliar a adequação do modelo como um todo. Para tanto, normalmente são informados e discutidos os valores de  $R$  e  $R^2$ . O  $R$  é uma medida de tamanho do efeito e indica o poder explicativo das variáveis do modelo sobre a variável critério. O  $R$  pode variar de 0 a 1 (sempre positivo). Quanto mais próximo de 1, maior é o efeito explicativo do modelo. O  $R^2$  é calculado simplesmente elevando-se o valor de  $R$  ao quadrado. Esse indicador diz respeito à porcentagem da variância da variável critério ( $Y$ ) que pode ser explicada pelo modelo de regressão. Por exemplo, se o modelo apresentasse  $R$  igual a 0,50, deduziria-se que o  $R^2$  seria igual a 0,25 (ou seja,  $0,50^2$ ). Esse valor indicaria que 25% da variância da variável critério pode ser explicado pelo modelo de regressão. Isso não diz, por si só, se está explicando pouco ou muito, porque depende da área e do fenômeno investigado.

Apenas para deixá-lo(a) mais abismado, se isto tudo já não estiver suficientemente complexo, lembramos que existem diversas formas para testar modelos de regressão. A mais popular é a regressão linear, assim nomeada porque supõe que mudanças em uma variável são acompanhadas linearmente por mudanças na outra (como no exemplo que já demos). Regressões lineares podem também ser múltiplas (quando há mais de uma variável preditora): neste caso deve-se definir o papel das variáveis no modelo (método padrão de entrada, hierárquico, *stepwise*, etc), afinal até em receitas culinárias a ordem dos ingredientes importa. Regressões lineares também podem ser multivariadas (quando há mais de uma variável critério ao mesmo tempo). *Finalmente, cabe o alerta de que os pressupostos da regressão não são triviais e mesmo pesquisadores experientes estão sujeitos a muitas falsas concepções (Ernst & Albers, 2017).*

**Teste *t*.** Além da correlação, o teste *t* de Student é um dos mais conhecidos em estatística. É relativamente simples, usado na maioria das vezes para comparar as médias de dois grupos (se forem mais de dois grupos, você terá que usar ANOVA, como mostraremos). Foi desenvolvido por William Gosset, que trabalhava para a cervejaria irlandesa Guinness, até hoje uma das mais famosas do mundo. Mas ele não assinava como Gosset nos artigos que publicou, apenas como Student, ficando assim conhecido. O teste *t* não trata de correlações, nem de regressões, mas de comparações de dois grupos. Valores de teste  $t > 1$  são os que buscamos, acompanhados de baixos valores de *p* (p. ex.,  $p < 0,05$ ) e de bom tamanho de efeito.

Matematicamente o teste *t* também avalia variâncias (assim como a correlação e a regressão), mas a perspectiva é outra. O teste procura saber se duas médias (p. ex., a média dos homens e a média das mulheres) diferem mais do que seria esperado ao acaso, para podermos afirmar que realmente os dois sexos diferem. Ele geralmente é usado para delineamentos inter-grupos, ou seja, quando se quer comparar médias de grupos diferentes. Mas o teste *t* também é usado para delineamentos intra-sujeito, também chamado de medidas repetidas (p. ex., se você comparar sintomas dos pacientes antes e depois de um tratamento, as medidas são repetidas porque a amostra não muda). Se você se interessar por essas e outras questões sobre o teste *t*, pode consultar Iglesias e Valentini (no prelo).

**ANOVA.** A análise da variância (ou ANOVA, sigla de *analysis of variance*) foi desenvolvida por Ronald Fisher, também um dos maiores nomes da estatística no século XX. Por homenagem histórica a seu sobrenome, os resultados da ANOVA são expressos com a letra *F*. Este tipo de análise estende a lógica do teste *t*, mas para a situação em que há dois ou mais grupos de comparação ao mesmo tempo (a chamada ANOVA simples ou *one-way*). Ela compara as

diferenças de variância que existem entre dois ou mais grupos (variância entre-grupos) com as diferenças de variância que existem dentro de cada grupo (variância intra-grupo). Obviamente se espera, para evidenciar o efeito de uma variável independente sobre uma variável dependente, que a variância entre-grupos seja maior que a intra-grupos, o que resultará num valor de  $F > 1$ . Mas como a ANOVA permite a comparação simultânea de mais do que dois grupos, desenvolveu-se também a chamada análise *post-hoc*. Imagine que você comparou 5 grupos e a ANOVA apresentou um valor de  $F$  alto e significativo (p. ex.,  $p < 0,01$ ): agora precisa saber se todos os 5 grupos são diferentes ou se apenas alguns diferem entre si. É o que fazem os testes *post-hoc*, mas há polêmicas sobre seu uso: buscar diferenças para justificar resultados não pode ser uma “tortura dos dados, até eles confessarem” (Smith, 2015).

Assim como o teste *t*, a ANOVA permite comparações entre-grupos e intra-grupos (as medidas repetidas que já explicamos). A grande vantagem é que a ANOVA permite análises não só de vários grupos, mas também de diversas variáveis ao mesmo tempo. Existem ANOVAs mistas que investigam, num mesmo modelo, por exemplo, o efeito do sexo (medida entre-grupos) e o efeito das etapas de um tratamento (medida intra-grupos – p. ex., mês 1, mês 2 e mês 3). Também existem ANOVAs, chamadas de fatoriais, que a um só tempo analisam, por exemplo, o efeito de um tipo de abordagem (digamos, terapia cognitivo-comportamental, terapia centrada na pessoa e terapia psicanalítica) e o efeito do sexo do(a) terapeuta – portanto, um delineamento do tipo  $3 \times 2$ . Mas não confunda ANOVA fatorial com análise fatorial, um assunto sobre o qual você pode aprender em Damásio (2012). Já as ANCOVAS (análises da covariância), acrescentam no modelo o efeito de uma variável contínua, que covaria com a variável dependente (p. ex., idade dos participantes). Como se não bastasse, existem as chamadas MANOVAs (e, portanto, as MANCOVAS!), que são análises multivariadas da variância: com duas ou mais variáveis dependentes no mesmo modelo. Não é à toa que se usa frequentemente o termo “família das ANOVAs” e obviamente nem conseguiríamos descrevê-las todas aqui.

### ***Testes Não-Paramétricos***

Em toda a seção anterior examinamos os testes paramétricos (com dados nos níveis de medida intervalar e de razão). Mas a estatística criou soluções para os casos em que as variáveis são nominais ou ordinais (Siegel & Castellan, 2006).

**Correlação.** Embora não seja sempre possível calcular médias quando se quer correlacionar variáveis (seja porque não se pode mesmo conhecê-las, seja porque os dados ficaram com uma distribuição muito assimétrica),

é quase sempre possível considerá-las no nível de medida ordinal. Assim, basta ordenar os escores das variáveis, do menor para o maior, usando essa ordenação como critério para a correlação. A versão paramétrica mais popular da correlação, como vimos, é a de Pearson. Já a não-paramétrica é a de Spearman. Repare-se que na prática elas podem gerar o mesmo resultado e cabe, a quem faz as análises, zelar para que o procedimento adequado seja selecionado. Valem aqui, obviamente, os mesmos critérios de testagem que na correlação paramétrica para a tomada de decisão.

**Regressão.** Quando examinamos a regressão linear mencionamos que há outros tipos de regressão, a depender do delineamento da pesquisa e da relação possível entre variáveis. O principal exemplo de regressão não-paramétrica pode ser a logística, quando a variável critério está no nível nominal. Poderíamos testar, nesse caso, se uma ou mais variáveis são preditoras de uma variável critério que seja dicotômica (p. ex., sobrevida x falecimento). Explicá-la estaria muito além do espaço deste capítulo, mas basta dizer que que é uma técnica muito popular na área da saúde e que geralmente exige amostras maiores.

**Teste de Mann-Whitney.** Este é o equivalente não-paramétrico do teste  $t$  de Student para grupos independentes. Assim, o teste de Mann-Whitney ordena os escores de cada um dos grupos usando rankings (ou postos, do menor para o maior) e faz comparações pareadas nessa ordenação. É fácil verificar se um grupo tem valores mais altos que o outro grupo em cada pareamento (os empates geralmente não contam) e se no geral um grupo tem escores maiores que o outro.

Existe uma regra específica para proceder com a ordenação. Se, p. ex., os escores são originalmente 1, 9, 9, 9, 13 e 27, não podemos simplesmente ordená-los como 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e 6º, porque o 9 ocorre três vezes e não é possível diferenciá-los. Assim, eles recebem juntos a ordenação 3º, que é a média de 2º, 3º e 4º. Portanto, os escores ordenados devem ser 1, 3, 3, 3, 5 e 6. Mas qualquer software estatístico faz isso, então não é necessário que você se ocupe do procedimento, apenas que entenda o raciocínio. O teste de Mann-Whitney utiliza o símbolo  $U$  em seus resultados, seguido do valor de  $p$  e de  $r$  como tamanho de efeito.

**Teste de Wilcoxon.** Trata-se do equivalente não-paramétrico do teste  $t$  para medidas repetidas, ou seja, quando o mesmo grupo é comparado em dois momentos. Neste caso também se usa a lógica da ordenação de rankings, verificando se aumentaram ou diminuíram de uma medida para outra (p. ex., a ordem de chegada de atletas na maratona do ano passado e na maratona deste ano).

**Teste de Kruskal-Wallis.** Esta é a versão não-paramétrica da ANOVA simples para grupos independentes. No teste de Mann-Whitney vimos como são

comparados dois grupos (usando a estatística  $U$ ). Aqui podem ser comparados mais de dois grupos, sempre pela mesma lógica de ordenamento dos rankings.

**ANOVA de Friedman.** Como se já não bastasse ter ganho o Prêmio Nobel de Economia em 1976, Milton Friedman desenvolveu também uma solução não-paramétrica para a ANOVA de medidas repetidas. Seguindo também o mesmo raciocínio de rankings que aumentam ou diminuem, a ANOVA de Friedman garante que se possa comparar grupos que não apresentem uma distribuição normal ou que estejam apenas no nível ordinal de medida. Repare que em todos os testes não-paramétricos revisados até aqui não se pode usar médias para expressar os grupos, mas medianas (porque não há normalidade nas variáveis!) e que podem ser sempre calculados tamanhos de efeito para o devido relato.

**Teste do qui-quadrado.** Este é o último teste de que trataremos. Qui (ou *chi*) é uma letra grega que se assemelha vagamente ao nosso xis. Desenvolvido também por Karl Pearson (o mesmo da correlação e de tantos outros recursos estatísticos), ele é um teste de associação. Ou seja, diferentemente dos testes de correlação, de regressão ou de comparação de grupos, o qui-quadrado lida apenas com dados nominais, expressos em tabelas de contingência (2 x 2; 3 x 2; 4 x 3, etc).

Como título de seu livro (“Uma senhora toma chá”), Salsburg (2009) descreve um episódio em que Ronald Fisher, convidado para um chá da tarde, acaba tendo insights importantes para conceber delineamentos experimentais. Fisher ouve de uma das presentes que se o leite for colocado na xícara antes do chá ser servido, fica com gosto diferente do chá que recebe o leite depois. Ele logo planejou um experimento de servir à senhora oito xícaras de chá (quatro com o leite antes, quatro com o leite depois), em ordem randômica, para que ela tentasse identificar. Embora não se tenha registro de que o experimento foi realmente desenvolvido, ele descreve algo fundamental para a lógica do teste do qui-quadrado. A chance de acerto, por chute (acaso), é de 50%, então a senhora deve revelar um percentual de acerto bem maior para concluirmos que ela tem razão no seu argumento.

Organizando as ocorrências numa tabela 2 (leite com chá ou chá com leite) x 2 (acerto ou erro), podemos simplesmente verificar se os acertos obtidos são maiores do que acertos que podem ser obtidos ao acaso. O teste do qui-quadrado compara então a frequência de casos obtidos em cada célula da tabela com a frequência esperada. Como no caso do teste  $t$  e da ANOVA, deve-se alcançar um valor maior que 1 ( $\chi^2 > 1$ ) para se concluir que existe uma associação entre as variáveis (ou seja, quando a senhora diz que na xícara foi servido chá depois leite, realmente a bebida foi servida assim!). Também como nos demais testes, o valor de  $p$  deve ser baixo, para revelar significância, assim como deve haver uma medida de tamanho de efeito que revele um

resultado prático robusto. É um teste simples, com poucos pressupostos, já que as variáveis são do tipo nominal, mas é necessário que se disponha de uma amostra minimamente grande ( $n > 5$  em cada célula da tabela).

## **Considerações Finais**

Como alertaram Gray e Wegner (2013), ter um bom delineamento na pesquisa é melhor que qualquer estatística sofisticada. Só com variáveis bem articuladas num processo estruturado de amostragem, instrumentação, coleta e, sobretudo, de fundamentação teórica, é que se conseguem bons resultados. Acrescentamos a esses argumentos que a pesquisa empírica é um processo retro-alimentado. Assim, conhecer os conceitos e as técnicas de análise de dados quantitativos é essencial para tomar as decisões já no planejamento de uma pesquisa, antes que ela seja iniciada. De maneira bem mais elegante, Abelson (2012) mostrou que a análise e a interpretação de dados é algo que deve permitir ao pesquisador contar uma história coerente sobre uma pesquisa, com uma retórica baseada em princípios claros. Isso deve se estender, obviamente, a quem lê a história. Esperamos tê-lo(a) persuadido sobre essa importância e que a estatística aplicada tenha ficado agora bem mais convidativa, ajudando-o(a) a consumir e a redigir pesquisas com entusiasmo.

## REFERÊNCIAS

- Abelson, R. P. (2012). *Statistics as principled argument*. Psychology Press.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association*. American Psychological Association.
- Cumming, G. (2014). The new statistics: Why and how. *Psychological Science*, 25(1), 7-29. <https://doi.org/10.1177/0956797613504966>
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228.
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge University Press.
- Ernst, A. F., & Albers, C. J. (2017). Regression assumptions in clinical psychology research practice: A systematic review of common misconceptions. *PeerJ*, 5, e3323. <https://doi.org/10.7717/peerj.3323>
- Field, A. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Field, A. P., & Wilcox, R. R. (2017). Robust statistical methods: A primer for clinical psychology and experimental psychopathology researchers. *Behaviour Research and Therapy*, 98, 19-38. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.013>
- Gray, K., & Wegner, D. M. (2013). Six guidelines for interesting research. *Perspectives on Psychological Science*, 8(5), 549-553. <https://doi.org/10.1177/1745691613497967>
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: Esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-209. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010>
- Huck, S. W. (2016). *Statistical misconceptions: Classic edition*. Routledge.
- Iglesias, F., & Valentini, F. (no prelo). Testes t para amostras independentes e pareadas. In M. Batista, R. Primi & C. Faiad (Eds.), *Tutoriais em análise de dados aplicada à psicometria*. Vozes.



Robertson, A., & Sibley, C.G. (2018). Research sampling: A pragmatic approach. In P. Brough (Ed.), *Advanced research methods for applied psychology: Design, analysis and reporting* (pp. 27-48). Routledge.

Rosnow, R.L., & Rosenthal, R. (1989). Statistical procedures and the justification of knowledge in psychological science. *American Psychologist*, 44, 1276-1284. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.10.1276>

Salsburg, D. S. (2009). *Uma senhora toma chá: Como a estatística revolucionou a ciência no século XX*. Zahar.

Siegel, S., & Castellan, N.J. (2006). *Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento*. Artmed.

Simpson, E. H. (1951). The interpretation of interaction in contingency tables. *Journal of the Royal Statistical Society, B*, 13, 238–241. <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1951.tb00088.x>

Smith, G. (2015). *Standard deviations: Flawed assumptions, tortured data, and other ways to lie with statistics*. Abrams.

Stevens, S. S. (1946). On the theory of scales of measurement. *Science*, 103(2684), 677-680. <https://doi.org/10.1126/science.103.2684.677>

Tackett, J. L., Brandes, C. M., King, K. M., & Markon, K. E. (2019). Psychology's replication crisis and clinical psychological science. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 579-604. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095710>

Thorndike, E. L. (1926). *Measurement of intelligence*. Columbia University Press.

Valentini, F. & Iglesias, F. (no prelo). Análises de correlação. Em M. Batista, R. Primi & C. Faiad (Eds.), *Tutoriais em análise de dados aplicada à psicometria*. Vozes.

# ESCALA MITOS, CRENÇAS E ATITUDES SOBRE O SUICÍDIO: construção e evidências de validade

*Juliany Gonçalves Guimarães*

*Marcelo Tavares*

*Eliane Maria Fleury Seidl*

---

O suicida tem vivências simultâneas que refletem o desejo de viver e morrer, como resultado de diversos fatores em complexa interação. Essa atitude interna ambivalente entre o desejo de viver e pensamentos de morte como saída para o sofrimento expressa-se como sinais verbais e comportamentais nas relações interpessoais. Esses sinais representam a necessidade de transformação de sua condição de vida (Werlang et al., 2004). Os mitos, crenças e atitudes sobre o suicídio, carregados que são de estigma e tabu, contribuem de modo significativo para a elevação do grau de risco e prejudica a busca de ajuda ou diminui a chance de oferta de socorro adequado (Scavacini, 2018). Por este motivo, toda essa linha de pesquisa fundamenta-se na noção de centralidade da necessidade de compreender os mitos, crenças e atitudes em suas dimensões sociais e culturais mais abrangentes para a atuação preventiva do suicídio (Guimarães, 2017). Esse capítulo tem o objetivo de apresentar um estudo de validade da Escala de Mitos, Crenças e Atitudes sobre o Suicídio (EMCAS) mediante análise fatorial exploratória. Pretende-se com este estudo contribuir com a discussão acerca da elaboração de estratégias de prevenção ao suicídio e o acolhimento humanizado a pessoas em contexto de vulnerabilidade relacionada à ideação suicida ou à tentativa de suicídio. O capítulo, após discorrer sobre prevalência, fatores de risco e de proteção do suicídio, apresenta conteúdo acerca de mitos, crenças e atitudes. Em seguida, aborda o desenvolvimento do Instrumento para avaliação de Mitos, Crenças e Atitudes sobre o Suicídio, com base nos procedimentos voltados para identificar a estrutura fatorial da EMCAS. Por fim, destaca potenciais e desafios da escala.

## **Suicídio, Prevalência, Fatores de Risco e de Proteção**

O suicídio está entre as 10 principais causas de morte no mundo e, nos últimos 45 anos, tornou-se a sexta causa de mortalidade global entre pessoas de 15 a 45 anos (World Health Organization, 2019). O Brasil está em oitavo lugar mundial em números absolutos (quase 12 mil casos em 2012), embora

a taxa de mortalidade por suicídio seja baixa, em 5,3 casos por 100.000 habitantes (Brasil, 2017; Organização Mundial da Saúde, 2015). As Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio assinalam a necessidade de desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida; de prevenção de danos; de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; de promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, da Estratégia Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência (Botega, 2004; Brasil, 2006a, 2006b, 2017).

Os principais fatores de risco que podem desencadear o ato suicida são: problemas financeiros; rupturas de relacionamento; desentendimento com ou perda de pessoas queridas, familiares ou amigos; problemas legais ou de saúde; uso excessivo de álcool e outras drogas; transtornos psiquiátricos; doenças físicas dolorosas ou incapacitantes; abuso físico ou sexual na infância; tentativa anterior ou história de suicídio na família; bem como acesso a instrumentos para se matar (Minayo & Cavalcante, 2015; Scavacini, 2018; Werlang & Botega, 2004). Fatores sociodemográficos também influenciam o risco, tais como sexo, profissão, desemprego, situação conjugal e idade (Bertolote et al., 2010; Ferreira & Trichês, 2014; Ramos & Falcão, 2011).

Além dos fatores de risco, existem os fatores de proteção que resguardam o indivíduo desse ato, por exemplo, ter bons vínculos afetivos, rede social de apoio, sensação de estar bem integrado a um grupo ou comunidade, estar casado(a) ou com companheiro(a) fixo, ter filhos pequenos, e características pessoais como tolerância à frustração e flexibilidade para enfrentar adversidades (Botega et al., 2006). A prevenção do suicídio visa mitigar os efeitos dos fatores de risco e reforçar os fatores protetores tanto em âmbito individual como coletivo. Embora frequentemente visto como uma tragédia pessoal, o suicídio é um fenômeno social que se caracteriza como importante problema de saúde pública (Conte, 2012). As políticas públicas devem criar condições favoráveis para os profissionais de saúde e de segurança na identificação e transformação das condições de risco, permitindo uma abordagem precoce que evite o desfecho letal.

A tentativa de suicídio quase sempre pode ser associada ao desejo de escapar de uma dor psíquica insuportável e a sentimentos negativos, como culpa, vergonha, angústia, pânico, solidão, desesperança (Lazzarini & Viana, 2006). Estas experiências quase sempre são também influenciadas por fatores sociais e culturais. Parte da dificuldade de se fazer a prevenção do suicídio é a de se compreender a complexidade ecológica social e cultural e a sua influência no fenômeno em questão, a fim de identificar e poder intervir junto aos fatores sociais que expõem pessoas e comunidades a contextos de risco (Vernberg & Gamm, 2003). Mitos, crenças e atitudes culturalmente associadas ao suicídio são elementos cruciais para o desenvolvimento de ações preventivas eficazes.

## Mitos, Crenças e Atitudes

A Organização Mundial de Saúde (2000) consolidou seus esforços dirigidos à prevenção do suicídio no termo “mitos sobre o suicídio”, com a intenção de estimular a disseminação de informações corretas sobre o risco e a prevenção do ato suicida. O objetivo era transformar padrões comportamentais em nossa cultura que compõem o risco ou induzem à falha nas ações de prevenção e, por isso, podem se associar às tentativas de autoextermínio (TAE). Sabe-se que o tema morte é um tabu na sociedade e, muito mais ainda, quando se trata de suicídio, comumente considerado uma morte desejada. De qualquer modo, é imprescindível identificar esses comportamentos no intuito de realizar uma abordagem preventiva e eficaz a favor da vida. Dessa forma, faz-se necessário compreender os conceitos de mitos, crenças e atitudes.

Mitos são entendidos como segredos, crenças inconscientes ou atitudes persistentes que, pela ampla aceitação por gerações sucessivas de uma família ou grupo social, perpetuam-se na determinação de suas condutas (Pincus & Dare, 1981). Os mitos tendem a frutificar e se desenvolver devido à falta ou escassez de dados e/ou de explicações plausíveis (Andolfi & Angelo, 1989). Esses vazios de informações adequadas e aceitáveis são preenchidos por estereótipos que induzem as pessoas a determinados comportamentos. Os mitos preenchem essas ausências de informações e organizam práticas sociais importantes na composição do arcabouço cultural de uma sociedade (Rudd et al., 2006). Seus efeitos podem ser benéficos numa estrutura social, mas também podem tornar-se problema a depender de suas consequências. Quando não podem ser sustentados por informações baseadas em evidências, observam-se seus efeitos potencialmente nocivos, como no caso do clima de mistério e tabu que envolve o suicídio.

O termo crença é utilizado de diversas formas e enfoques (Löwy, 1985). Assim, do ponto de vista psicológico, pode aparecer sob as palavras pensamento, representação, orientações cognitivas, saberes, além de valores, expectativas, perspectivas e atitudes. São todas categorias vistas como parte da cultura do indivíduo e pano de fundo do contexto em que ele toma decisões diante de situações específicas, definindo tanto o seu pensamento quanto a sua ação.

O conceito de atitude, por fim, é definido como ponte entre as disposições individuais e ideias socialmente compartilhadas (Lima, 2000). Para Jaspars (1986), as atitudes são predisposições comportamentais adquiridas, originadas na análise do comportamento social para entender as variações de comportamento em situações aparentemente semelhantes. Nery e Neiva (2015) apontam que as atitudes são descrições avaliativas sobre os pensamentos,

sentimentos e tendências comportamentais em relação ao objeto da atitude em pauta. Uma atitude positiva frente a uma necessidade de mudança pode ser um grande facilitador para a realização da mesma (Machado & Neiva, 2017), e pode influenciar os comportamentos de outras pessoas a aceitar ou não a mudança. Portanto, se as atitudes difundidas no ambiente forem negativas, como uma atitude de desconfiança, por exemplo, pode haver resistência frente à mudança comportamental (Nery & Neiva, 2015).

Outros termos emergem na literatura internacional. Além de mitos, crenças e atitudes, os termos correlatos mais comuns são: concepções errôneas (*misconceptions*), estigmas, preconceitos. Estes termos são também relacionados ao grau de conhecimento (*knowledge*) de leigos, estudantes e profissionais da área de saúde e à habilidade ou confiança profissional para lidar com situações de risco de suicídio. Estes descritores são comuns em pesquisas sobre prevenção, na avaliação da qualidade de serviços em saúde mental e na eficácia de treinamento para pessoas relacionadas a programas de prevenção e tratamento, como será apresentado a seguir.

A relevância de estudos nessa área se dá por vários motivos que podem ser agrupados em quatro temas. Primeiro, interessam os efeitos dos mitos, ideias errôneas e atitudes negativas na comunidade, considerando a população em geral (McIntosh et al. 2007; Phillips & Luth, 2020; Walker et al., 2006). A falta de conhecimento, o despreparo para lidar com o tema e o estigma funcionam como barreiras importantes para a introdução de programas preventivos de base comunitárias, por interferir em seus componentes ecológicos (Monteith et al., 2020). Nesta relação, a mídia ganha um lugar de destaque pelo papel formador de opiniões que exerce e que pode perpetuar concepções inadequadas ou promover a superação de mitos, crenças errôneas e atitudes negativas (Arendt et al., 2018; Till et al., 2018).

As intervenções preventivas de base comunitária têm estimulado o estudo de grupos específicos, divididos por gênero, faixas etárias, etnias, ou grupos religiosos. Por exemplo, vários mitos, concepções errôneas, atitudes e estigmas estão associados a perspectivas religiosas diferentes. Se de um lado a religiosidade pode estimular compaixão e ação construtivas (Bazley & Pakenham, 2019), também pode ter como impacto o aumento do risco em pessoas dessas comunidades, por exemplo, aumentando a sensação de fracasso em atender a expectativas do grupo. Nesse sentido, em um estudo sobre religiosidade entre 321 pacientes depressivos ou bipolares, Lawrence et al. (2016) observaram mais tentativas de suicídios entre aqueles que davam mais importância, tinham mais participação e aderiam mais aos princípios e práticas religiosas. O menor risco entre os sujeitos que davam menos importância a estes aspectos da religião sinaliza uma relação complexa entre suicídio e religião. Isso sugere que a religiosidade é um fator de proteção para a grande

maioria, mas pode ser um fator de risco para grupos com vulnerabilidades específicas. Não é incomum observar este impacto da religião no relato clínico de pessoas em tratamento por crises suicidas.

O segundo ponto de relevância para estes estudos diz respeito aos efeitos diretos dos mitos, concepções equivocadas e atitudes comprometendo ainda mais pessoas vulneráveis ou com elevação no risco de suicídio. Comparadas à população geral, pessoas com história de tentativas de suicídio são mais propensas a distorções relacionadas à rejeição, minimização e autculpabilização (Rimkeviciene et al., 2019), conforme os fatores da escala de Estigma em Saúde Mental. Pessoas que fizeram tentativas de suicídio tendem a apresentar mais crenças autoestigmatizantes e são mais suscetíveis à percepção de estigmatização por terceiros. Ou seja, estão mais vulneráveis ao contato com pessoas que se comportam com base em mitos, atitudes e crenças equivocadas semelhantes, assim ampliando o potencial danoso de situações sociais estigmatizantes. Além disso, Scocco et al. (2016) observaram que novas situações de estresse psicopatológico aumentam o impacto do estigma em pessoas que têm história de tentativas de suicídio.

Um grupo reconhecido como especialmente vulnerável é o dos enlutados por suicídio. Os efeitos em enlutados dos mitos, crenças errôneas e atitudes negativas sobre o suicídio têm uma dupla entrada. De um lado, a influência do grupo de pares pode aumentar o risco, agindo como um facilitador de novas crises suicidas. De outro lado, concepções equivocadas dos próprios enlutados podem aumentar sua predisposição pessoal ao risco. Identificação com o falecido, naturalização, inevitabilidade e aceitabilidade do suicídio, exacerbação da vulnerabilidade e fragilização da crença nos mecanismos de proteção são temas recorrentes em enlutados por suicídio. Desse modo, o estigma social introduz um estresse adicional que dificulta a elaboração desse tipo de luto (Abbott & Zakriski, 2014; Cvinar, 2005; Murray-Swank; 2019).

O luto por suicídio exerce um impacto profundo entre profissionais de saúde, quando perdem um paciente ou um familiar. Nesses casos, pode-se observar dificuldades de ajuste profissional e adaptação à perda de um paciente para o suicídio (Deutsch, 1981). São muitos os desafios impostos ao profissional que perde um paciente ou um familiar. É necessário reconhecer os múltiplos impactos dessa experiência, elaborar e integrar a experiência à identidade profissional, ampliar a consciência do papel profissional, e desenvolver autocompaixão em relação aos limites pessoais e institucionais no exercício da profissão (Murray-Swank, 2019). É ainda necessário sustentar uma atitude de autocuidado e envolvimento positivo para a manutenção do seu bem estar emocional (Freitas & Borges, 2014).

O terceiro tema de interesse no estudo de mitos, crenças e atitudes se refere a grupos profissionais estratégicos para a prevenção, particularmente

os profissionais de saúde e do ensino, pelo papel que têm em relação a segmentos importantes da sociedade. Os profissionais de saúde estão em permanente contato com pessoas vulneráveis e muitas vezes estão envolvidos no enfrentamento das crises suicidas e outras situações de vulnerabilidade nas quais os efeitos de mitos, concepções errôneas e atitudes negativas podem aumentar a vulnerabilidade. Essas situações se relacionam às habilidades no exercício profissional, à sensação de autoeficácia e ao autocuidado. Por exemplo, a percepção de treinamento insuficiente em prevenção do suicídio está relacionada a atitudes negativas, desconforto, ansiedade, medo, elevação do nível de estresse e baixa sensação de eficácia profissional (Mitchell et al., 2020; Quinnett, 2019). O medo, ou ansiedade antecipatória, pode ser observado pela dificuldade em iniciar perguntas diretamente relacionadas à ideação ou comportamento suicida (Quinnett, 2019).

Essas variáveis têm sido estudadas de modo especial para avaliar a qualidade de serviços de saúde (e a necessidade de treinamento) ou para estimar a eficácia de programas de treinamento em avaliação e manejo de crises suicidas, tanto em estudantes quanto em profissionais. O treinamento em avaliação e manejo de crises psíquicas acompanhadas de ideação ou tentativa de suicídio melhora significativamente as concepções equivocadas e os sentimentos e atitudes negativas. Também resultam em aumento da percepção da capacidade profissional, julgamento clínico mais preciso e redução de sentimentos negativos dirigidos aos pacientes (Cramer et al., 2019). Propiciar mais clareza e confiança acerca do próprio papel profissional em relação ao paciente e estimular atitudes mais favoráveis à prevenção são benefícios adicionais (Ramberg et al., 2016). Características pessoais dos terapeutas também podem se relacionar com essas atitudes. Cramer et al. (2019) identificaram que profissionais mais dispostos a engajar-se com conteúdo emocional dos pacientes tiveram melhor rendimento no treinamento do que terapeutas que evitavam contato com conteúdos emocionais.

Além do estudo de pessoas relacionadas às profissões de saúde, outro grupo importante para o desenvolvimento de estratégias preventivas envolve os profissionais nas escolas (servidores, professores, educadores e gestores educacionais). Isso porque estes profissionais são identificados como “guardiões” (*gatekeepers*) da prevenção do suicídio entre a população jovem (McDonald, 2004). De um lado, as concepções dos profissionais nas escolas sobre suicídio e saúde mental e suas atitudes acerca da vida emocional de jovens podem dificultar ações preventivas. Por outro lado, o investimento na qualificação de todos os profissionais envolvidos na educação (dos servidores aos gestores) pode facilitar a identificação do risco e a intervenção preventiva precoce com estudantes no ensino fundamental, médio e universitário. Estudos apontam influências otimistas na medida em que as instituições de ensino



engajam em ações de treinamento preventivo para os servidores, professores, educadores e gestores (Cang, 2002).

Outra evidência da importância desse tema pode ser observada pela quantidade de esforços para desenvolver questionários e escalas para avaliar conhecimentos, mitos, crenças, atitudes e estigma sobre o suicídio, além de estratégias qualitativas para avaliar esses conceitos. São dezenas de instrumentos do tipo questionários e escalas diferentes para avaliar estes construtos associados ao suicídio e à saúde mental (Norheim et al., 2016; Rimkeviciene et al., 2019; Sandford et al., 2019; Scocco et al., 2016).

## **Desenvolvimento de um Instrumento para Avaliação de Mitos, Crenças e Atitudes sobre o Suicídio**

A Escala de Mitos, Crenças e Atitudes sobre o Suicídio (EMCAS) foi elaborada sob coordenação do Professor Dr. Marcelo Tavares no Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio, do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. A escala foi baseada em relatos de profissionais da área de saúde e de estudantes que atuavam na intervenção na crise suicida em hospitais públicos do Distrito Federal. Também foram considerados os relatos de participantes de seminários de estudos sobre suicídio, relatos obtidos no contato direto com pacientes e seus familiares na prevenção e intervenção na crise suicida, bem como em informação da literatura sobre esse tema (Tavares, 2013).

A versão inicial da EMCAS continha 62 afirmações com respostas em formato dicotômico (falso e verdadeiro), escolhido para favorecer a inteligibilidade da escala e proporcionar melhor posicionamento do participante sobre o comportamento de pessoas que tentam ou efetivam o ato suicida. O gabarito da EMCAS foi elaborado pela equipe do laboratório citado, a partir da literatura científica sobre o tema, bem como da experiência profissional dos seus integrantes a respeito da prevenção e intervenção na crise suicida e é de responsabilidade dessa equipe a classificação das afirmações como verdadeiras ou falsas. A melhor forma de interpretação dessa classificação, ou do significado de cada item, é avaliar se a afirmativa favorece ou prejudica as ações de prevenção, pensando na consequência de se acreditar na afirmação ou de se adotar aquela atitude. Se uma crença ou atitude prejudica a ação preventiva, ela foi tratada como falsa.

## **Procedimentos para Investigação da Validade Fatorial da EMCAS**

Para analisar a estrutura interna da EMCAS foi realizado um estudo com 493 estudantes de ensino superior de uma universidade privada de



Goiânia, escolhida pelo critério de ter cursos consolidados na área de saúde: Enfermagem, com 75 anos, Psicologia, com 43 anos e Medicina, com 11 anos de existência. A escolha de cursos da área de saúde deu-se, também, pelo fato de seus estudantes serem possíveis profissionais atuantes no socorro a vítimas de TAE. Participaram, inicialmente, 520 alunos, dos quais 27 foram excluídos por deixarem itens em branco ou os responderem igualmente. Nas variáveis sociodemográficas, dados perdidos foram identificados, mas essas omissões não levaram à exclusão de casos.

Sobre a distribuição dos participantes nos cursos, 37% ( $n = 161$ ) eram da Medicina, 43,4% ( $n = 189$ ) da Psicologia e 19,5% ( $n = 85$ ) da Enfermagem. Foram totalizados 435 participantes, que informaram seus cursos de graduação, pois 58 não responderam essa informação. Os participantes eram, em sua maioria, do sexo feminino, 79,6% ( $n = 336$ ) e 20,4% ( $n = 86$ ) do masculino. A média de idade foi de 22 anos ( $DP = 5,8$ , mediana = 21 anos, mínimo = 16 anos, máximo = 64 anos). Quanto à raça, 422 (85,6%) participantes responderam essa questão e 47,2% ( $n = 199$ ) deles se declararam brancos, 41,5% ( $n = 175$ ) pardos, 5,5% ( $n = 23$ ) amarelos, 5,2% ( $n = 22$ ) pretos, 0,2% ( $n = 1$ ) indígenas e 0,5% outras não especificadas ( $n = 2$ ).

Os participantes informaram, em sua maioria, 83% ( $n = 351$ ), serem solteiros, 9,2% ( $n = 39$ ) se declararam casados, 2,4% ( $n = 10$ ) divorciados e 5,4% ( $n = 23$ ) em outras situações conjugais. A maior parte deles ( $n = 200$ ; 47,8%) afirmou ser da religião católica, 21,3% ( $n = 89$ ) informaram serem protestantes/evangélicos e 30,9% ( $n = 129$ ) não especificaram sua vinculação religiosa. A média da autoavaliação sobre a importância da religião na vida dos participantes foi de 7,16 ( $n = 397$ ;  $DP = 3$ , mediana = 8, mínimo = 0 e máximo = 10).

Para a realização desta pesquisa, o projeto foi submetido e aprovado (Parecer nº 1.589.556) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás). Após a aprovação pelo Comitê de Ética, fez-se contato com a coordenação de cada curso para solicitar autorização para entrar nas salas de aula e realizar a coleta de dados. Em seguida, foi estabelecida a distribuição de salas e horários para planejamento da aplicação. Para garantir a validade externa, foi utilizada amostragem estratificada, objetivando a representatividade dos períodos por curso. Com o levantamento das salas nas secretarias dos cursos, calculou-se a amostra aleatória simples, identificando-se de quatro a cinco turmas dependendo do curso. Essa amostra pode ser considerada representativa, uma vez que abrangeu grande parcela de cada curso, com erro estimado de 6%. Com a autorização dos professores e o agendamento dos dias e horários da aplicação, a equipe de pesquisadores forneceu as informações necessárias aos participantes e coletou os dados.

Para analisar os dados foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Inicialmente, foi feita a análise de dados perdidos e daqueles casos com itens em branco ou respostas iguais aos itens (todas as marcações na mesma escala de resposta). Estes casos foram excluídos. Em seguida, foi realizada a análise de pressupostos para análise fatorial e os dados foram analisados, primeiramente, por técnicas estatísticas descritivas. Buscou-se verificar a fatorabilidade da matriz e identificar quantos fatores formavam a estrutura fatorial da escala em análise.

Foi realizada uma análise fatorial exploratória (AFE) a partir do método de extração *principal axis factoring*, que identifica se uma variável particular (item) pode contribuir com determinado fator. Foi aplicado o método de rotação ortogonal varimax, técnica que tenta maximizar a dispersão das cargas nos fatores, buscando agregar um menor número de variáveis sobre cada um. Também foi verificada a confiabilidade da solução fatorial, por meio do indicador *alpha* de Cronbach, que aponta se a escala reflete o construto que está medindo. Valores acima de 0,70 são bons indicadores dessa medida (Field, 2009).

## A Estrutura Fatorial da EMCAS

A análise para avaliar os pressupostos que favorecem a utilização da AFE indicou que os resultados da matriz eram favoráveis para extrair os fatores dos itens (Kaiser-Meyer-Olkin [KMO] = 0,82; Teste de Esfericidade de Bartlett = 5857,625;  $p < 0,001$ ). A AFE, sem fixação de fatores e sem rotação, apresentou comunalidades de 0,488 a 0,740. Ao analisar o teste *Scree* de Cattell, que avalia os fatores com base no critério de autovalores, observou-se 21 fatores com autovalores superiores a 1 (de 1,004 a 9,112), ilustrando uma estrutura multifatorial. Porém, quando se analisa o gráfico do *scree plot*, observa-se que há uma mudança importante na direção da curva para dois fatores com autovalores acima de 3 (3,254 e 9,112), ilustrando uma estrutura bifatorial. Conforme Laros (2012), essa mudança no gráfico, momento em que os pontos que ficam acima da reta que representam os fatores triviais, é essencial para que se extraia o número de fatores de forma correta, nesse caso, limitando-se a dois fatores. A partir dessa determinação, realizou-se a análise fatorial exploratória fixando dois fatores. Foram realizadas análises com rotação oblíqua e rotação varimax, que se revelou mais adequada, pois os fatores eram independentes. Esses resultados confirmaram a existência de dois fatores com autovalores superiores a 3 (3,254 e 9,112): o primeiro, 32 itens explicando 14,697% da variância ( $\alpha = 0,87$ ), e o segundo com 16 itens, explicando 5,248% da variabilidade ( $\alpha = 0,44$ ). Foram excluídos 14 itens da escala, pois eles não se agruparam nos dois fatores identificados.

Tendo em vista a baixa confiabilidade do segundo fator ( $\alpha < 0,70$ ), optou-se por proceder à extração de um único fator, com nova análise. A Tabela 1 apresenta 32 dos 62 itens originais que atingiram cargas fatoriais acima de 0,30, e obteve excelente confiabilidade ( $\alpha = 0,87$ ). Esses dados indicam que a EMCAS é um instrumento promissor para avaliar o que pretende.

Como a escala é dicotômica, as variáveis foram transformadas em variáveis *dummies* (0 = falsa e 1 = verdadeira). O gabarito para cada item, como foi assinalado acima no método, foi elaborado com base na literatura específica e na experiência de profissionais com a prevenção do suicídio, e foi critério para a correção das respostas como verdadeiras e falsas. Este gabarito é apresentado na Tabela 1, junto às cargas fatoriais. Foram 9 itens considerados verdadeiros e 23 falsos. O escore médio da EMCAS com 32 itens foi igual a 24,38 ( $DP = 5,09$ ), considerando os sujeitos que responderam a todos os itens ( $n = 421$ ). O máximo foi 31, indicando mais conhecimento sobre o tema. O mínimo foi 10, sugerindo mais influência de mitos, crenças infundadas e atitudes negativas. Considerando que eram estudantes de áreas de saúde, os escores altos podem sinalizar, nesta amostra, uma atitude mais compatível com a prevenção, que talvez fosse diferente em uma amostra aleatória de leigos. Alguns deles aproximaram escores esperados para especialistas, possivelmente indicando uma predisposição positiva no acolhimento de pessoas em risco.

**Tabela 1** – Cargas fatoriais, Variância Explicada e Fidedignidade da Escala de Mitos e Crenças sobre o Suicídio

| Itens                                                                                                     | Cargas fatoriais | Gabarito F/V |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| Só "loucos" cometem suicídio.                                                                             | 0,736            | F            |
| Só vai atrapalhar dar muita atenção a quem faz uma tentativa de suicídio.                                 | 0,707            | F            |
| Se ele está falando sobre suas ideias suicidas, isso quer dizer que ele está fora de risco.               | 0,680            | F            |
| Se eu der ouvidos a um suicida, ele pode se matar.                                                        | 0,620            | F            |
| Se um paciente melhorou rapidamente, ele está fora de risco. Posso ficar tranquilo.                       | 0,618            | F            |
| As pessoas que ameaçam, não se matam.                                                                     | 0,603            | F            |
| Sugerir formas de se matar para um suicida não representa um perigo real.                                 | 0,589            | F            |
| Quem tem raiva do suicida tem razão de lhe dar o troco.                                                   | 0,584            | F            |
| A depressão é um diagnóstico óbvio, fácil de ser percebido.                                               | -0,570           | F            |
| Uma pessoa em risco, para confiar, precisa se sentir ouvida e respeitada.                                 | 0,558            | V            |
| Quem faz uma tentativa de suicídio para chamar atenção não merece crédito, só vai reforçar o que ele fez. | 0,552            | F            |
| Quem não tem transtorno mental, não se mata.                                                              | 0,543            | F            |
| Quando a gente fala de suicídio, só estamos dando mais força para o comportamento.                        | 0,534            | F            |
| É preciso ter sangue frio para trabalhar com um paciente suicida.                                         | 0,515            | F            |
| Quem realmente quer se matar, não avisa, se mata da primeira vez.                                         | 0,491            | F            |

continua...

continuação

| Itens                                                                                                                                                                                    | Cargas fatoriais | Gabarito F/V |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| A tentativa de suicídio representa uma vontade de aparecer, de chamar a atenção.                                                                                                         | 0,488            | F            |
| A tendência suicida é hereditária, passa de geração em geração.                                                                                                                          | 0,488            | F            |
| É preciso ter calma e paciência para ajudar uma pessoa que fez uma tentativa.                                                                                                            | 0,484            | V            |
| Existem pessoas em risco que não podem ser deixadas sozinhas.                                                                                                                            | 0,445            | V            |
| Suicídio é um ato de covardia.                                                                                                                                                           | 0,439            | F            |
| A tentativa de suicídio é uma manipulação.                                                                                                                                               | 0,436            | F            |
| Ele tomou só aspirina. Na verdade, não queria morrer.                                                                                                                                    | 0,433            | F            |
| O impulso suicida é agudo e passageiro.                                                                                                                                                  | 0,405            | F            |
| Falar sobre suicídio com pessoas deprimidas pode estimulá-las a uma tentativa.                                                                                                           | 0,386            | F            |
| Uma vez suicida, a pessoa será sempre suicida.                                                                                                                                           | 0,375            | F            |
| Quem tem ideação ou outros comportamentos suicidas tem maior risco de morrer por qualquer outra causa (por problemas de saúde, homicídio ou acidentes).                                  | -0,372           | V            |
| O desejo de morte ou comportamento de risco de suicídio geralmente é resultado de um longo e silencioso processo de sofrimento, que poderia ter sido relatado ou observado precocemente. | 0,345            | V            |
| Conflitos, perdas e separações são os eventos que mais frequentemente antecedem uma tentativa de suicídio.                                                                               | 0,339            | V            |
| O desespero é um sentimento comum em quem faz uma tentativa de suicídio.                                                                                                                 | 0,332            | V            |
| Via de regra, é mais seguro pensar que quem tenta suicídio uma vez, tentará outras.                                                                                                      | 0,326            | V            |
| Suicídio é um ato de coragem.                                                                                                                                                            | 0,323            | V            |
| A tentativa de suicídio representa um pedido desesperado de ajuda.                                                                                                                       | 0,318            | F            |

*Nota.* Variância explicada: 14,697%; *alpha* de Cronbach: 0,87. F = Falso; V = Verdadeiro

Observa-se que dois itens possuem cargas negativas nos fatores. Isto sugere que pessoas com mais conhecimento tendem a errar estes itens, e que pessoas com menos informação sobre prevenção do suicídio tenderiam a concordar com os especialistas (critério do gabarito); ou seja, ter algum conhecimento pode criar algumas expectativas infundadas. Um dos itens diz: “A depressão é um diagnóstico óbvio, fácil de ser percebido” (carga fatorial = -0,570). Um aluno que acaba de aprender os critérios diagnósticos da depressão pode não apreciar as dificuldades diagnósticas na prática. O segundo item (carga fatorial = -0,372) diz: “Quem tem ideação ou outros comportamentos suicidas tem maior risco de morrer por qualquer outra causa (por problemas de saúde, homicídio ou acidentes).” Esta informação origina-se de revisão pesquisas especializadas e não está imediatamente disponível ao estudante iniciante. Um leigo pode mais facilmente concordar com uma visão mais especialista. Talvez estes itens sejam mais sensíveis ao treinamento especializado e precisam ser mais estudados em amostras com diferentes níveis de conhecimentos.

Com base na análise dos conteúdos dos itens e considerando o sistema de apuração dos escores dos itens da EMCAS, valores elevados sugerem maior conhecimento, enquanto valores mais baixos sugerem a influência de mitos, crenças infundadas e atitudes incompatíveis com a prevenção do suicídio. A escala pode ser útil para: estimular o processo reflexivo em contexto de treinamento de agentes de prevenção; avaliar o impacto de programas de treinamento; e avaliar o efeito de pré e pós-intervenções preventivas em instituições (serviços de saúde mental, escolas, grupos religiosos) ou em comunidades. Esse estudo não teve o objetivo de determinar normas para interpretação da EMCAS. Sugere-se que sejam conduzidos estudos futuros para esse fim.

## **Potenciais e Desafios da EMCAS**

A EMCAS apresentou uma estrutura unifatorial com consistência interna satisfatória, indicando que esse instrumento é promissor para estudos que busquem ampliar o conhecimento acerca de sua validade e utilidade como construto. Um dos pontos em questão foi o reduzido percentual de variância explicada. Por outro lado, deve-se considerar que a escolha dessa população para validação da EMCAS pode ter ocasionado alguns efeitos, visto que são estudantes muito jovens e que não têm experiência profissional com a temática em questão. Mesmo assim, as escalas existentes na literatura têm por finalidade avaliar uma ampla gama de grupos sociais, desde leigos (comunidade em geral) com nenhuma ou pouca instrução formal sobre o suicídio e sua prevenção, passando por grupos específicos, como pacientes, diversos grupos de risco, agentes de prevenção, profissionais de saúde em geral e até mesmo especialistas em prevenção e intervenção em crise.

Naturalmente, recomenda-se a aplicação da EMCAS em diversos grupos de interesse para a prevenção, como sugere a revisão da literatura apresentada. Destacam-se quatro principais focos de interesses. O primeiro foco se interessa por todos os grupos considerados de risco, entre os quais os portadores de transtornos mentais, enlutados por suicídio, entre outros grupos vulneráveis. O segundo foco recai sobre todos os grupos de profissionais em profissões-chave para a prevenção, conforme indicado acima, em especial, os profissionais de saúde e os profissionais de instituições de ensino. No sentido de favorecer abordagens preventivas ecológicas (que tendem a ser mais eficazes em suas ações), enfatiza-se a importância da inclusão e participação efetiva de todos os atores, inclusive gestores em todos os níveis, tanto na saúde quanto na educação. O terceiro foco de interesse se dirige às comunidades no seio das quais residem grupos de risco e pessoas com

vulnerabilidades. Esse interesse mais amplo está sustentado pelo argumento do valor do desenho ecológico para as intervenções preventivas.

O quarto foco de interesse merece um destaque especial, principalmente considerando o contexto no qual a EMCAS nasceu, e está relacionado a seu potencial educativo. Uma das utilidades amplamente divulgadas de instrumentos congêneres em estudos internacionais é na avaliação de eficácia de programas de treinamento em prevenção do suicídio. Em nosso meio, a princípio, o registro de mitos, crenças e atitudes expressos nas falas de estudantes em formação, de profissionais de saúde em seminários e congêneres, e de pacientes e familiares em tratamento, ocorreu de maneira espontânea, a partir do impacto que provocavam. Essas formas de expressão demandavam reflexão crítica, e estimulou o seu registro e posterior uso nas atividades treinamento, de prevenção e de intervenção em crise do Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio. O objetivo dessa “lista” inicial era o de provocar a reflexão e discussão sobre mitos, crenças, atitudes, preconceitos e estigmas expressos em nossa cultura, seus impactos nas pessoas em sofrimento psíquico grave e seus efeitos prejudiciais diante da condição de vulnerabilidade dessas pessoas ao risco de suicídio. Então, a EMCAS nasceu no processo de educação para a prevenção do suicídio no contexto da saúde mental.

Algumas considerações se apresentam no sentido de aprimorar pesquisas futuras relacionada à EMCAS. Há a sugestão de investigar a eficiência do formato dicotômico da escala de respostas. O formato de resposta verdadeiro e falso pode limitar a correlação dos resultados com outros instrumentos de avaliação psicológica. Algumas pessoas relatam o desconforto com o fato de que a escala exige que a pessoa “desça do muro”, e assuma uma posição de um lado ou de outro. Caso a escala seja explorada com mais opções de resposta, recomendamos manter um número par de opções. A experiência no contexto de formação de estudantes e profissionais parece mostrar que quando as pessoas se veem forçadas a definirem uma direção a favor ou contra uma ideia, elas se engajam mais honesta e abertamente na reflexão acerca do impacto da cultura em sua conduta profissional. Até os dias de hoje a EMCAS é utilizada para estes fins nas etapas iniciais em disciplinas e seminários e pode se tornar um elemento importante para avaliar a eficácia de intervenções preventivas em diversos contextos.

Muitas limitações podem ser apresentadas a este estudo. Trata-se de uma primeira apresentação de resultados associados a esta escala e, consequentemente, muitos mais estudos são necessários para ampliar o entendimento acerca de seu funcionamento. Sugere-se estudos que relacionem a EMCAS com outras escalas de construtos relevantes para a prevenção, e relacionado-a a grupos de interesse especial conforme foi destacado acima. Ressalta-se que

a EMCAS é uma escala pioneira, no contexto brasileiro, na investigação de mitos, crenças e atitudes sobre o suicídio e pode auxiliar na sua identificação, propiciando atividades de capacitação para atuação preventiva do suicídio e a elaboração, no planejamento e na definição de ações educativas e de pesquisas na área. A identificação de mitos, crenças e atitudes pode auxiliar também na construção de estratégias de prevenção e pós-venção mais eficazes, pela compreensão das dinâmicas pessoais e sociais de seus impactos na condição de risco. A construção de um instrumento de avaliação, tal como a EMCAS, vai ao encontro de iniciativas de enfrentamento desse problema de saúde pública, considerando que o suicídio está entre as dez principais causas de morte entre jovens, adultos e idosos em todo o mundo (World Health Organization, 2019).

## REFERÊNCIAS

- Abbott, C. H., & Zakriski, A. L. (2014). Grief and attitudes toward suicide in peers affected by a cluster of suicides as adolescents. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 44(6), 668-681. <https://doi.org/10.1111/sltb.12100>
- Bazley, R., & Pakenham, K. (2019). Perspectives on suicide and suicide prevention among members of Christian faith-based organizations. *Spirituality in Clinical Practice*, 6(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/scp0000179>
- Andolfi, M., & Angelo, C. (1989). *Tempo e mito em terapia familiar*. Artes Médicas.
- Arendt, F., Scherr, S., Niederkrotenthaler, T., Krallmann, S., & Till, B. (2018). Effects of awareness material on suicide-related knowledge and the intention to provide adequate help to suicidal individuals. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(1), 47-54. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000474>
- Bertolote, J. M., Santos, M. C. de., & Botega, J. N. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), S87-S95. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>
- Botega, N. J. (2004). Comportamento suicida: como preveni-lo. *A Força Policial*, 44, 29-40. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- Botega, N. J., Werlang, B. G., Cais, C. F. S., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37, 213-220.
- Brasil (2006a). *Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio*. Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Ministério da Saúde: Autor.
- Brasil (2006b). *1º Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio*, Porto Alegre, 17 e 18/08/2006. DVD. Ministério da Saúde: Autor.
- Brasil (2017). Suicídio, saber agir e prevenir. *Boletim Epidemiológico*, 48(30). Ministério da Saúde: Autor.



Conte, M. (2012). Programa de prevenção ao suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*, 17(8), 2017-2026. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800013>

Cvnrar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 14-21. <https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x>.

Ferreira, V. R. T., & Trichês, V. J. S. (2014). Epidemiological profile of suicide attempts and deaths in a Southern Brazilian city. *Psicologia*, 45(2), 219-227.

Field, A. (2009). *Descobrimdo a estatística usando SPSS* (L. Vilali, Trad.). Artmed.

Freitas, A. P. A. de., & Borges, L. M. (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 560-577.

Guimarães, J. G. (2017). *Mitos e crenças sobre o suicídio: visão de profissionais de segurança*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade de Brasília, Brasília, DF.

Jaspers, J. (1986). Attitudes. In R. Harrée & R. Lamb (Eds.), *The dictionary of personality and social psychology* (pp. 388-398). Basil Blackwell.

Lawrence, R. E., Brent, D., Mann, J. J., Burke, A. K., Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., & Oquendo, M. A. (2016). Religion as a risk factor for suicide attempt and suicide ideation among depressed patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(11), 845-850. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000484>

Lazzarini, E. R., & Viana, T. de. (2006). O corpo em psicanálise. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22(2), 241-250. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200014>

Lima, L. P. de (2000). Atitudes: estrutura e mudança. In J. Vala & M. M. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (pp. 187-225). Fundação Calouste Gulbenkian.

Machado, L. C. P., & Neiva, E. R. (2017). Práticas de gestão da mudança: Impacto nas atitudes e nos resultados percebidos. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 17(1), 22-29. <https://doi.org/10.17652/rpot/2017.1.12157>

McIntosh J. L., Hubbard, R. W., & Santos, J. F. (2007). Suicide facts and myths: A study of prevalence. *Death Studies*, 9 (3-4), 267-281. <https://doi.com/10.1080/07481188508252523>

Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G. (2015). Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1751-1762. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.10962014>

Monteith, L. L., Smith, N. B., Holliday, R., Dorsey Holliman, B. A., LoFaro, C. T., & Mohatt, N. V. (2020). “We’re afraid to say suicide” – Stigma as a barrier to implementing a community-based suicide prevention program for rural veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(5), 371-376. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001139>

Murray-Swank, A. B. (2019). The cracks where the light gets in Exploring therapist transformation following the loss of a family member to suicide. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(2), 188–196. <https://doi.org/10.1037/int0000147>

Nery, V. d. F., & Neiva, E. R. (2015). Variáveis de contexto e respostas à mudança organizacional: testando o papel mediador das atitudes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(2), 259–268. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015021968259268>

Norheim, O. F. (2016) Ethical priority setting for universal health coverage: challenges in deciding upon fair distribution of health services. *BMC Medicine*, 14, 75. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0624-4>

Organização Mundial de Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Organização Mundial de Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Global Burden of Disease*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de [http://www.who.int/topics/global\\_burden\\_of\\_disease/en/](http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/)

Pincus, L., & Dare, C. (1981). *Psicodinâmica da família*. Artes Médicas

Phillips, J. A., & Luth, E. A. (2018). Beliefs about suicide acceptability in the United States: How do they affect suicide mortality? *The Journals of Gerontology, Series B*, 75(2), 414–425. <https://doi.com/10.1093/geronb/gbx153>.

Quinnett, P. (2019). The role of clinician fear in interviewing suicidal patients. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(5), 355–359. <https://doi.com/10.1027/0227-5910/a000555>

Ramos, I. N. B., & Falcão, E. B. M. (2011). Suicide: a little-known topic in medical training. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 507-516. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400010>

Rimkeviciene, J., O’Gorman, J., Hawgood, J., & De Leo, D. (2019). Development and validity of the Personal Suicide Stigma Questionnaire (PSSQ): A new tool to assess stigmatization among those who are suicidal. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(5), 317-325. <https://doi.com/10.1027/0227-5910/a000567>

Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner Jr., T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., Van Orden, K., Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.255>

Scavacini, K. (2018). *O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Scocco, P., Toffol, E., & Preti, A. (2016). Psychological Distress Increases Perceived Stigma Toward Attempted Suicide Among Those With a History of Past Attempted Suicide. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(3), 194-202. <https://doi.com/10.1097/NMD.0000000000000457>

Tavares, M. (2013). Desafio do suicídio: o luto dos sobreviventes. Em *Conselho Federal de Psicologia. O suicídio e os desafios para a psicologia* (pp. 43-58). CFP.

Till, B., Wild, T. A., Arendt, F., Scherr, S., & Niederkrotenthaler, T. (2018). Associations of Tabloid Newspaper Use With Endorsement of Suicide Myths, Suicide-Related Knowledge, and Stigmatizing Attitudes Toward Suicidal Individuals. *Crisis*, 39, 428-437. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000516>

Vernberg, E. M., & Gamm, B. K. (2003) Resistance to Violence Prevention Interventions in Schools: Barriers and Solutions. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5(2), 125-138. <https://doi.org/10.1023/A:1022983502393>

Walker, R. L., Lester, D., & Joe, S. (2006). Lay theories of suicide: An examination of culturally relevant suicide beliefs and attributions among African Americans and European Americans. *Journal of Black Psychology*, 32(3), 320-334. <https://doi.com/10.1177/0095798406290467>

Werlang, B. G., & Botega, N. J. (2004). Introdução. In B. G. Werlang & J. N. Botega (Eds.), *Comportamento suicida* (pp. 17-18). Artmed.

Werlang, B. G., Macedo, M. M., & Krüger, L. L. (2004) Perspectiva psicológica. In N. J. Botega & B. S. G. Werlang (Eds.), *Comportamento suicida* (pp. 45-58). Artmed.

World Health Organization. [WHO] (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*. Retirado de <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>



## SEÇÃO 2 – A REALIDADE BRASILEIRA EM QUESTÃO: contribuições da psicologia



# PANDEMIA, QUESTÃO SOCIAL E AS IMPLICAÇÕES À PSICOLOGIA BRASILEIRA

Pedro Henrique Antunes da Costa  
Kissila Teixeira Mendes

---

Em um contexto de pandemia da COVID-19 (decorrente do SARS-CoV-2 ou novo *coronavírus*), que agrega mais uma faceta crítica à crise social, política, econômica e humanitária vivida sob a égide do capitalismo, novas-velhas questões voltam à baila. No nosso caso em específico, parece que foi necessário um vírus para evidenciar a alguns(mas) as flagrantes e históricas chagas de nossa formação social: a *pedagogia do terror*. Motivados pela necessidade de esclarecimento do, por vezes, óbvio, no presente capítulo, discorreremos sobre a determinação social da pandemia a partir da “questão social”. Ou seja, como essa se desenvolve em determinado sociometabolismo que a conforma, ao passo que ela também o transforma; ou, mesmo, como ela se torna pandêmica em uma dada realidade concreta, a saber: o modo de produção capitalista e suas particularidades no Brasil. Desta análise extraímos implicações à psicologia brasileira, em termos de fundamentos gerais, orientados à transformação substancial de nossa sociabilidade, a partir da convocação que o real faz a esta como disciplina e profissão.

## Capitalismo, “Questão Social” e Saúde

O exame aqui empreendido se dá pelo método materialista histórico-dialético. Assim, os fundamentos, pressupostos e arsenal conceitual-categorial encontram-se circunscritos à tradição marxista como tentativa de apreensão – e transformação – do real em movimento. Voltamo-nos à realidade, extraíndo dela nossa compreensão, em um processo de tornar o real concreto em real pensado. Nisso, traremos alguns dados que permitam a análise conjuntural – nos marcos acima indicados – da pandemia de COVID-19 na particularidade histórico-social brasileira, circunscrita e condicionada à totalidade social. Sobre a psicologia brasileira, incorporamos ao nosso marco analítico algumas contribuições de Martín-Baró (1942-1989), importante psicólogo salvadorenho.

Começemos pelo óbvio: capitalismo é sinônimo de desigualdade(s). E tal conjunto de expressões que configuram as desigualdades de nossa sociedade é encampado pelo conceito de “questão social”. Segundo Netto (2001),



questão social surge por volta de 1830 e é inicialmente utilizada para caracterizar o pauperismo que assolava a Europa Ocidental, em especial os países no estágio industrial-concorrencial capitalista mais desenvolvido. Tratava-se de uma “nova pobreza”, na sua essência, no seu conteúdo. Ainda segundo Netto (2001), “pela primeira vez na história registrada, *a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas*” (p. 42). Marx (2010), em sua juventude, já havia constatado que se tratava de uma “pobreza *produzida artificialmente*” (p. 156), numa analogia a essa sua nova essência. O pauperismo não era mais decorrente da escassez de bens, que era paulatinamente dirimida pelo desenvolvimento das forças produtivas. “Deve haver algo de podre na essência mesma de um sistema social que eleva sua riqueza sem diminuir sua miséria, e eleva sua criminalidade ainda mais rapidamente” (Marx, 2015, p. 120).

Apenas salientamos, consonantes a Netto (2001), que na apreensão marxiana, o “desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, ‘a questão social’” (p. 45). A dissecação de sua anatomia se dá, tal como demonstrado por Marx (1967/2013), pela demonstração da lei geral de acumulação capitalista que se assenta na contradição capital-trabalho e sua derivação exploratória. Portanto, o combate e a supressão da “questão social” requerem o enfrentamento e superação da sociedade burguesa.

Nesse sentido, mesmo que originalmente associada ao pauperismo, a “questão social” não pode ser reduzida a ele, mas tendo nele uma de suas variadas manifestações ou desdobramentos, assim como o desemprego estrutural, a criminalidade, a fome e a saúde, dentre outros. Todas essas expressões ou desdobramentos dizem de uma questão uma, a “questão social”, que se desenvolve no/pelo desenvolvimento capitalista e cujas especificidades se plasmassem às particularidades históricas de cada formação social, inclusive, com a emergência de novas expressões da questão. Logo, pensar a saúde, significa remetê-la à totalidade social, que tem na “questão social” seu corolário, só que mediada pelas particularidades sociais e que se produzem nas relações sociais e nas singularidades dos indivíduos, evitando dicotomias e determinismos.

Contudo, é notória a pluralidade de sentidos e utilizações da “questão social” (por isso as aspas até então). Não é nosso intuito a realização de um resgate histórico desse termo e de suas modulações conceituais vinculadas ao próprio desenvolvimento do modo de produção capitalista e as particularidades históricas brasileiras. Apenas salientamos a hegemonia liberal conservadora, que *esquarteja* a questão social em fenômenos supostamente autônomos – e, nisso, a *apaga* –, concebendo-os como fruto de ações e/ou atributos individuais e coletivos, e não como resultante do antagonismo de classes e exploração econômica capitalista, que se plasma às suas estruturas opressivas de raça, etnia e gênero.

Em nossa contemporaneidade, tais características que dissociam o econômico do político, o indivíduo do social, em suma, que mistificam a própria essência da questão social e do capitalismo, são bastante visíveis na abordagem sobre a pobreza. Para Virgínia Fontes (2010), a partir do final dos anos 1960, inaugura-se no globo uma nova forma de compreender e gerenciar a pobreza, não mais passível de ser escondida. Ela a denomina de “*pobretologia*”, associando-a ao próprio movimento de reestruturação produtiva ocorrido em decorrência da crise capitalista nesse período. No Brasil, tal *modus operandi* se assenta nos anos 1990, juntamente da tardia assunção do projeto neoliberal, com a pobreza desconectada de seu determinante estrutural, por meio de análises parcializadas, desconsiderando “as condições internacionais de produção da desigualdade” e, sobretudo, a partir de “estudos limitados a mensurá-la, capturando-a como alvo prioritário de atuação ‘coletiva’ mercantil-filantrópica e de expansão do capital-imperialismo” (p. 192). Há um deslocamento de seu caráter classista, do foco nas lutas de classe, para o campo mercantil-filantrópico, regido pelos parâmetros de aparelhos privados de hegemonia burguesa. O horizonte de supressão da pobreza, subsumido a um projeto de transformação radical societária, é reduzido ao seu gerenciamento, na melhor das hipóteses, à eliminação da *extrema pobreza*, numa tentativa de concreção de um capitalismo *mais humano*. Nisso, a classe trabalhadora é mistificada enquanto sujeito histórico, sinônimo de estratos socioeconômicos; e a ação estatal, por meio de políticas residuais e focalizadas, deve se orientar aos mais pobres entre os pobres – que no marco neoliberal, seriam os incapazes de se manter – como manutenção da classe trabalhadora nos patamares mínimos necessários às forças produtivas.

Na saúde coletiva, dinâmica similar é observada, no que denominaremos de *ideologia dos determinantes sociais da saúde* (DSS). Apesar de configurar um avanço frente às tradicionais racionalidades biomédicas no âmbito da saúde pública, de caráter biologizantes e organicistas, a perspectiva dos DSS acaba por mistificar a determinação social (e material) do processo saúde-doença, que no modo de produção capitalista é a contradição capital-trabalho oriunda da apropriação privada dos meios de produção. Desconsidera-se o próprio antagonismo de classe – consubstanciado ao de raça, etnia e gênero – que se estrutura nesse processo, realizando-se na exploração humana por meio do trabalho alienado/estranhado, junto a mecanismos de expropriação e espoliação e que se orienta à valorização do capital e sua acumulação.

Se a saúde é produção humana, de seres humanos singulares que se produzem numa concretude histórica, cujas relações sociais se fundam nos antagonismos de classe, raça, etnia, gênero, devem ser analisadas e abordadas como saúdes no/do capitalismo e suas estruturas classistas, racistas e

patriarcais; isto é, subsumidas a ele, ao passo que o conformam, a partir dos seres aos quais se remetem. Ao desconsiderar tal conteúdo e substância de produção da vida – e da saúde – em nossa sociabilidade, a ideologia dos DSS acaba por focalizar nas expressões fenomênicas aparentes, entendendo-as como *questões em si*, apartadas umas das outras e que, no máximo, se correlacionam, associam. Com isso, acabam por descaracterizar o movimento do real como síntese dialética de contradições, e, nele, a primazia ontológica da totalidade sobre as partes – por mais que essas também venham a ter certa autonomia de desenvolvimento. Por fim, contribuem para a reificação dessa sociabilidade e da saúde nos seus marcos e limites.

O próprio “social” contido nos DSS aparece como algo externo ao indivíduo, e, para piorar, uma somatória de fragmentos autônomos da realidade (quando não reduzido a eles), sob as formas de *variáveis, recortes per se*. Em alguns casos, tal “social” é reduzido a *comportamentos, estilos de vida* etc., sendo apenas mais uma retórica para leituras individualizantes.

Em concordância com Souza et al. (2013), o que se tem chamado de *determinantes sociais da saúde* é, na verdade, o conjunto das expressões da questão social – só que concebidas como questões em si, fragmentadas umas das outras – ou a forma como essa concretiza, considerando a consubstanciação do antagonismo de classe aos de raça, etnia, gênero. Se a saúde e a constituição do processo saúde-doença, são expressões da questão social ou um de seus desdobramentos, imbricados às suas outras manifestações, assim também será a COVID-19. Em seu ciclo, desde a transmissão e o contágio pelo coronavírus, passando pelo adoecimento à cura, por um lado, e, por outro, à morte, a questão social *se faz presente*; melhor dizendo, todo esse fluxo é perpassado pela questão social e suas múltiplas mediações. Vejamos.

## Questão Social e a COVID-19 na Realidade Brasileira

Em primeiro lugar, a transmissão do coronavírus no país se deu, sobretudo, por pessoas vindas de outros países, especialmente da Europa, que durante os meses de fevereiro, março e abril foi o epicentro da pandemia, após o seu surgimento e evolução inicial na China e países asiáticos. Os primeiros casos reportados de COVID-19 no país, considerando toda a subnotificação – acidental e proposital –, foram de pessoas infectadas no exterior: indivíduos das classes dominantes ou dos estratos médios e altos da classe trabalhadora. Um estudo que analisou a fase inicial da COVID-19 no país (período de um mês após a primeira detecção, em 25 de fevereiro de 2020), constatou as seguintes características epidemiológicas e clínicas: associação positiva entre maior renda per capita e diagnóstico; apenas 10% dos casos necessitando de hospitalização,

indicando maior acesso a testes e diagnósticos precoces, assim como possibilidade de realização de isolamento (o que remete a melhores condições de vida); 67% dos casos diagnosticados em laboratórios privados; incidência maior nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (Souza et al., no prelo).

Temos, portanto, uma evolução da COVID-19 no país que migra da população mais rica para a mais pobre. Tal processo resultou na “gentrificação” e interiorização do vírus e da doença, se espalhando dos grandes centros urbanos, e deles, das regiões mais centrais e/ou de maior concentração de riquezas e melhores condições de vida, para as periferias e cidades de menor porte, onde as condições mais precárias de vida resultaram no aumento exponencial no número de casos, e de mortes.

Já sobre o adoecimento e suas implicações, segundo grupo de especialistas, o impacto da pandemia de COVID-19 tende a ser mais expressivo nos países de baixa renda e, neles, nos grupos populacionais mais subalternizados. A probabilidade de morte decorrente da COVID-19 aumenta com o aumento da pobreza. Quando se compara o quintil mais pobre com o mais rico, considerando as diferenças no acesso à lavagem de mãos, ocupação e acesso a hospitais associados à condição econômica (renda), temos um aumento de 32% na probabilidade de morte. Como justificativas são citadas: a capacidade limitada dos sistemas de saúde nesses países e as disparidades em termos de estrutura de saúde; as iniquidades em saúde; e inúmeras desigualdades, como falta de saneamento básico e condições mínimas de higiene, ausência ou condições precárias de moradia, desemprego, impossibilidade de isolamento e quarentena em decorrência de condições de vida pauperizadas, dentre outras (WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling et al. 2020).

Especificamente no contexto brasileiro, matérias noticiam com ares de espanto que a “classe social passa a definir quem morre de covid no país” (Vespa, 2020), ao se aportarem de dados que comprovam os maiores riscos de morte e *letalidade* pela COVID-19 na população mais pauperizada e periférica. Nisso, cabe a nós questionarmos o óbvio (necessário): *quando não foi assim?* Ressaltamos também a reprodução do conceito de classes como sinônimo de estratos socioeconômicos, mais especificamente, de renda, e não vinculada ao antagonismo de classes imanente ao modo de produção capitalista. Tal movimento reforça a tese da *pobretologia* de Virgínia Fontes (2010). Além disso, impera a compreensão fragmentada da realidade, que parcializa suas múltiplas mediações e determinações, tomadas como *variáveis*, *fatores de risco per se* (por exemplo, classe, idade, território), ao invés de uma compreensão totalizante e sua concreção nas particularidades e singularidades dos indivíduos, também corroborando as críticas feitas anteriormente sobre a *ideologia dos determinantes sociais*.

Do mesmo modo que a COVID-19 escancara nossas mazelas – novamente, expressões da questão social e de nossos antagonismos estruturais –, com suas implicações constituídas por elas, tende a aguçá-las ainda mais. Cabe salientar que antes mesmo da pandemia, a desigualdade social no país vinha crescendo. Tal aumento, que vem ininterruptamente desde o quarto trimestre de 2014 ocasionou, até o segundo trimestre de 2019, um decréscimo de 17% da renda dos 50% mais pobres e um crescimento de 10% na do 1% mais rico (Neri, 2019). No caso da COVID-19, para além das maiores taxas de mortalidade associadas às condições socioeconômicas, temos que os maiores impactos deletérios na renda e no emprego se dão na classe trabalhadora e, nela, nas camadas mais subalternizadas (Barbosa et al., 2020). Alia-se a isso a agudização nas disparidades educacionais, as medidas econômicas estatais que privilegiam as classes dominantes e o capital – sobretudo o financeiro –, bem como as implicações subjetivas, e temos um quadro de recrudescimento das disparidades sociais e precarização objetivo-subjetiva da vida.

Conforme também discurremos, a materialização da questão social nas singularidades dos indivíduos é mediada pelas particularidades que cimentam a vida social, como os antagonismos de classe, raça, etnia e gênero. Ainda mais quando analisamos a gênese constitutiva do Brasil, pelo projeto colonial-escravocrata e de base patriarcal, forjando em nossa formação social estruturas racistas e patriarcais amalgamadas ao antagonismo de classes. Logo, determinados grupos sociais passam a ser mais vulneráveis à COVID-19 não em decorrência de atributos individuais – por mais que estes também deem sua cota de contribuição, especialmente no caso de idosos(as) e/ou pessoas com doenças prévias que complexificam o processo de adoecimento e dificultam a reabilitação e cura –, mas por suas condições sociais enquanto seres sociais; isto é, seres singulares que se desenvolvem de determinadas formas em uma concretude histórica desigual por princípio.

Segundo *Boletim Epidemiológico 16* do Ministério da Saúde (2020), de 18 de maio, negros(as) e pardos(as) já somavam 54,8% das mortes por COVID-19 no país. No caso dos(as) pardos(as), apesar de serem 38,7% dos hospitalizados, eram 47,3% das vítimas fatais. Pessoas brancas eram a maioria dos internados (51,4%), mas quando agrupados os números de mortes, caíram para 43,1%. Dados da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2020), divulgados em 30 de abril constatarem um risco 62% maior de morte para pretos(as) e de 23% para pardos(as) em comparação a brancos(as). Considerando as especificidades, as maiores taxas de mortalidade de negros(as) e pardos(as) são vistas em outros estados e regiões do país. É importante frisar que tal panorama tende a se aguçar, pois, como demonstramos, o contágio do coronavírus e o adoecimento da COVID-19, inicialmente nas camadas mais abastadas da população, têm se espalhado e fatalizado as mais pauperizadas,

periféricas e vulneráveis da população. Soma-se a isso a notória subnotificação e o fato de que nos dados do Ministério da Saúde, em 14.698 casos (mais de 10%), a raça foi ignorada.

Conforme nota técnica intitulada *Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil* (Batista et al., 2020), a partir do banco de dados do Ministério da Saúde acumulado até 18 de maio, pretos e pardos sem escolaridade apresentaram risco de morte decorrente da COVID-19 quatro vezes maior do que brancos com nível superior (80,35% contra 19,65%). Ainda segundo a nota, 62,7% dos brancos se recuperaram, enquanto apenas 45,2% dos negros se curaram.

Se pensarmos nos povos originários e tradicionais, como as populações indígena e quilombola, as implicações da pandemia seguem na esteira do genocídio a elas perpetrado. Trata-se de uma reatualização histórica de um processo que se inaugura com a invasão, rapinagem e assentamento do projeto colonial, cuja estratégia mortífera, aliás, teve como uma de suas principais ferramentas as doenças e epidemias do *homem branco europeu*. Por inúmeros fatores, mas que se vinculam às suas condições marginalizadas, pauperizadas, violentadas e negadas de existência, tais povos mostram-se mais vulneráveis ao vírus e à doença, ao mesmo tempo que o proposital descaso estatal é continuidade do projeto genocida, se aproveitando agora de (mais) um vírus para isso. Segundo a *Quilombo sem Covid-19*<sup>24</sup> e a *COVID-19 e os Povos Indígenas*<sup>25</sup>, em 30 de maio, tínhamos 51 óbitos de indígenas em áreas rurais (em 1312 casos confirmados da COVID-19) e 51 mortes de quilombolas (dos 203 casos confirmados), com taxas de mortalidade de 4% e 25% (a taxa geral na população brasileira no mesmo período era de 5%). Novamente, é necessário frisar que tal panorama tende a se intensificar com o processo de interiorização da doença, aliado às condições precárias de vida, e que tais dados são subnotificados (nos fazendo crer que são ainda maiores para tais populações).

No que se refere às mulheres, os impactos da pandemia também tendem a ser mais severos, e não por criarem uma nova situação, mas aprofundarem o que já existe: a condição exploratório-opressiva vivenciada pelas mulheres no capitalismo. Segundo a Organização das Nações Unidas (United Nations, 2020), tal panorama se deve aos seguintes fatores: 70% dos trabalhadores de saúde no mundo, que estão mais expostos à contaminação do coronavírus, são mulheres; no caso de idosos, população que também se mostra mais vulnerável à doença, as mulheres vivem mais sozinhas e possuem menor renda que os homens; mulheres são maioria em trabalhos informais; as tarefas domésticas e de cuidado agregadas, isto é, o trabalho de reprodução social

24 Para acessar o observatório e iniciativa como um todo: <https://quilombosemcovid19.org/>

25 Para acessar o observatório e iniciativa como um todo: <https://covid19.socioambiental.org/>



(em grande parte não pago), fazendo com que as mulheres desempenhem três vezes mais trabalhos não remunerados do que os homens, o que durante a epidemia pode triplicar. É importante contextualizar o próprio trabalho não pago, historicamente delegado às mulheres numa divisão social e sexual, como necessário ao capitalismo, permitindo sua reprodutibilidade.

É muito esclarecedor que uma das primeiras mortes decorrentes da COVID-19 no país – a primeira no estado do Rio de Janeiro – tenha sido de uma mulher, negra e periférica, que trabalhava como empregada doméstica para uma família moradora do Leblon (bairro do Rio de Janeiro com o metro quadrado mais valorizado do país). Ela foi contaminada pela patroa, recém-chegada de uma viagem da Itália e que mesmo após diagnóstico da COVID-19, não liberou a trabalhadora. A patroa foi tratada e sobreviveu. No Pará, por exemplo, o Decreto nº 729, de 05 de maio de 2020, que estipulou o *lockdown* no estado, considerou o trabalho doméstico como *essencial*, não obrigando os patrões e patroas a liberarem suas empregadas. Em plena pandemia, um menino de cinco anos morreu em Recife após cair do nono andar de um dos prédios que abrigam a burguesia recifense e pernambucana. Sua mãe, *também* empregada doméstica, negra e periférica, *também* não foi liberada pelos patrões, e estava “morando” com eles. Com saudades do filho, conseguiu que ele ficasse com ela. Contudo, teve que sair brevemente do apartamento para passear com os cachorros dos patrões, enquanto a patroa fazia as unhas com a manicure em casa. A criança começou a chorar, sentindo a falta da mãe e a patroa o colocou no elevador sozinho, afinal, sua unha poderia estragar e o choro da criança deveria estar perturbando – todo o resto não, pelo visto. Todos esses exemplos, para além de pontuais, são amostras claras, das tantas reatualizações cotidianas escravocratas e da consubstancialidade de classe, raça, etnia e gênero.

Além disso, com a situação de isolamento social, é reforçado que o lar e família nunca foram seguros às mulheres. Segundo dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, o número de denúncias feitas pelo *Ligue 180* (canal institucional para denúncias de violência contra a mulher) aumentou 15% em março e 36% em abril de 2020, quando comparados aos mesmos meses do ano anterior (Rodrigues, 2020). Segundo divulgação de 23 de março do plantão judiciário do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, os registros de casos de violência doméstica aumentaram em 50% durante o período de confinamento, com a maioria das vítimas sendo mulheres (Bassan, 2020).

Poderíamos também discorrer sobre como a maior taxa de letalidade na população idosa, justamente, a parcela “mais onerosa”, é bem quista pelo capital, sendo que sua diminuição implicaria em menos “gastos” previdenciários; isto é, uma *reforma da previdência natural*. Outros grupos também carecem de

atenção específica, a partir de suas especificidades e singularidades. Também mencionamos como a questão social se materializa regional e territorialmente, num plasmar de inúmeras de suas manifestações, com a própria dissipação do coronavírus explicitando isso. Entretanto, consideramos que o exercício feito já seja suficiente.

De acordo com a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL, 2020), os grupos populacionais mais afetados pela COVID-19 são: mulheres, os estratos mais pauperizados, trabalhadores(as) informais, trabalhadoras domésticas remuneradas, crianças, adolescentes e a juventude em geral, população rural, povos indígenas, negros(as), pessoas com deficiência, imigrantes e população em situação de rua. Contudo, o que todos esses estudos e relatórios e a síntese cepalina *não dizem dizendo* (o que não é um acaso), e que procuramos aqui assinalar, é que estes *grupos e populações* são, na verdade, o conjunto dos explorados e oprimidos de nossa sociabilidade; que tais recortes e variáveis são as manifestações da questão social, da conjunção exploratório-opressiva de nossa sociabilidade; que os impactos da COVID-19 se dão sobremaneira na classe que vive do trabalho, consubstanciada e materializada nas singularidades dos seres no/pelos antagonismos de raça, etnia e gênero. No mais, dizem de uma sociedade e país, cuja violência e a morte foram e são historicamente forças produtivas. Utilizando criticamente um conceito basilar da epidemiologia tradicional, a classe trabalhadora é *o grupo de risco*.

Temos no exemplo concreto-histórico da COVID-19, a “emergência de novas expressões da ‘questão social’” (Netto, 2001, p. 48), mas que não significa uma *nova questão social*. Melhor dizendo, considerando a formação social brasileira particular, temos o engendramento de novas-velhas expressões da questão social. O panorama apresentado, mesmo nas distintas interpretações que pode gerar, nos diz algo demasiadamente óbvio, mas que infelizmente carece de ser rememorado continuamente: nossos profundos antagonismos sociais de classe, raça, etnia e gênero que se consubstanciam formando um todo coeso que se reifica e, portanto, só pode ser superado em sua totalidade. A pandemia como consequência da forma como nos organizamos enquanto sociedade e seus impactos evidenciam nossas estruturas sociais e o próprio caráter desigual de nossa sociedade, e de maneira particular, do Brasil; e faz isso ao aguçá-los, considerando as formas como essa vem sendo abordada pelo Estado que, por sua vez, só pode ser compreendido em sua totalidade, circunscrito à luta de classes e as condições concretas e históricas que essa se desenvolve, o que nos remete aos antagonismos estruturais supracitados. Dialeticamente, reforça que a supressão da questão social se dá pela superação do capitalismo.



A partir do exemplo trágico da COVID-19 – que nada de bom tem a nos agregar –, é reforçada a necessidade de compreensão da saúde (e sua consequente abordagem) em sua determinação social; senão como mais uma das manifestações diretas da questão social, atravessada e constituída por ela, juntamente às outras expressões desiguais que a ela remetem. É a partir desse movimento de compreensão do real em movimento, que se deve pensar nas possíveis implicações à psicologia, sob a pena de, não fazendo isso, incorremos em idealizações e romantizações acerca da nossa própria realidade e do papel e capacidade da psicologia em si.

## Implicações à Psicologia Brasileira

O panorama apresentado demonstra que a COVID-19 não tem classe, raça, etnia ou gênero. Entretanto, os seus *alvos* têm; o mesmo pode-se dizer das pessoas que não são tomadas pelo vírus, mas são afetadas deletariamente pelo seu espriar no sociometabolismo desigual, cuja gestão econômico-política não passa ilesa. E tais indivíduos têm por que expressam em suas singularidades os antagonismos sociais dessa sociabilidade na qual se fazem, ao passo que a produzem. Não por acaso, podemos conjecturar que as saúdes mais sofridas, seja em seus aspectos físicos e/ou mentais – que a nós não interessa dissociar (até porque na realidade não se dissociam) –, mesmo que incolores, refletem as cores das carnes mais baratas do mercado; apesar de *agêneras* e *assexuais*, espelham a venalidade de uma ideologia de gênero heteronormativa de base patriarcal; e imbricado a tudo isso, no *aclassismo* da subjetividade, a classe se faz sofrimento. Se na tragicidade da pandemia todos estes aspectos ficaram mais evidentes, não sendo nenhuma novidade, trata-se da tragicidade de um sistema trágico – e eficaz em se camuflar. A análise da COVID-19 é, antes, a análise da sociedade que lhe faz COVID-19, do contexto que a permite (e a induz) ser pandêmica e dizimar milhares, milhões, e disso tira proveito.

Sendo assim, no que cabe à psicologia, apontamos a premência de compreensão dos indivíduos como manifestações singulares da totalidade social, do mesmo modo que nela incidem e conformam; suas saúdes e os impactos da COVID-19, portanto, atreladas à questão social. Fazem-se necessários rompimentos com perspectivas fragmentárias tanto do indivíduo e da sociedade, quanto do próprio ser, que o esquartejam em partes, por mais que tais partes careçam de compreensão, achando que com isso são capazes de compreender o ser e sua realidade. As reflexões sobre a determinação social da saúde e sua constituição pela questão social podem nos ofertar importantes subsídios para esse exercício. Não obstante, acreditamos que não é suficiente apenas o reconhecimento de quem são estes seres em suas concretudes, mas

o que também não são, o que são impossibilitados de serem e, nisso, o que poderiam ser. Por conseguinte, que se oriente pelas necessidades do conjunto dos explorados e oprimidos que mais são e serão impactados negativamente, justamente por serem os explorados e oprimidos.

Ademais, a realidade percorrida acaba por reiterar o argumento de Martín-Baró (2013), de que a “psicologia não jogará qualquer papel decisivo na resolução dos grandes problemas que atingem os povos latino-americanos [...] os dilemas latino-americanos são, fundamentalmente, de natureza econômica e política e dependem de forças objetivas que ficam muito além do alcance do psicólogo” (p. 568). Em trabalho anterior, o mesmo autor já havia sinalizado tal posição:

É claro que não é o psicólogo que será chamado para resolver os problemas fundamentais com que se defrontam os povos centro-americanos na atualidade. Pensar outra coisa seria enganar-se tanto a respeito do que é a psicologia, como a respeito dos problemas centro-americanos, e incorrer nesse psicologismo que tem sido justamente denunciado como uma ideologia de reconversão (Martín-Baró, 1996, p. 22)

Atualizando o autor, a psicologia não jogará qualquer papel decisivo na resolução da COVID-19, pois essa depende de forças objetivas que ficam muito além do alcance da psicologia como disciplina do conhecimento particular e do(a) psicólogo(a) como *trabalhador* – outra obviedade que carece de constantes lembretes. Como vimos, pensar o contrário seria enganar-se tanto a respeito do que é a psicologia quanto da própria COVID-19 e como essa deve ser compreendida e abordada em nossa concretude histórica.

Isso significa que não há nada a ser feito pela psicologia? Não. Nem que o que ela tem a oferecer seja irrelevante. Pelo contrário, mesmo que pouco frente à totalidade, o movimento aqui sinalizado diz da psicologia como um todo e das pessoas e realidades as quais se insere, com as quais se trabalha. Tal realismo é necessário, inclusive, para que se enxergue possibilidades para além do que está posto e que pode ser estrangido por imobilismos e desresponsabilizações decorrentes de visões romantizadas e idealizadas sobre a própria psicologia e seu papel.

Com relação a isso, cabe a reflexão sobre essa importância da psicologia; a sua necessidade histórica. Qual a sua relevância no presente momento? Pensamos que, a despeito das inúmeras respostas que possam ser dadas, elas serão orientadas por dois nortes: a sua contribuição para a manutenção da ordem (uma ordem desordenada) ou um meio de questionamento do estado das coisas e fortalecimento dos sujeitos históricos a transformarem ela. Estes, por sua vez, devem orientar tanto as necessidades mais prementes/imediatas e suas

consequências, no curto prazo, juntamente do trabalho necessário no médio e longo prazo, cujas necessidades, ações e tempos não estão dissociados entre si.

Conforme o próprio Martín-Baró (2017) postulou para o contexto de guerra civil em El Salvador e que, resguardadas as diferenças, nos balizamos para refletir sobre nossa conjuntura e realidade particular, a presente pandemia é sinônimo de (mais) sofrimento e precarização da vida – de uma vida já precária e sofredora – às maiorias populares. E isso carece de ser prontamente acolhido, atendido, escutado, trabalhado e (re)elaborado, numa clara convocação à psicologia – mas que também não é exclusiva a ela. No entanto, o que se aborda já é o sintoma, encarnado nas mentes e corpos dos indivíduos, não apenas de um vírus que adoece tal ser, mas de uma sociedade adoecida e adoecedora. A pandemia se faz na desigualdade e no sofrimento endêmicos. Dialeticamente, esse sintoma sinaliza uma incongruência entre o ser e a realidade na qual é compelido a se forjar; um grito consciente ou inconsciente pelo físico, pela mente, o ser em sua totalidade, de que há algo errado – não nesse ser, necessariamente, afinal é ele quem denuncia o problema – mas que nele encarna.

O sofrimento oriundo das condições presentes (ou nelas intensificado) tem seus chãos do real na objetividade de uma vida precária, de exploração e opressão. A *práxis* psicológica deve se opor a individualismos, psicologismos e patologizações que apagam e, nisso, naturalizam, justamente, a base material onde o ser se faz e os antagonismos entre a realidade e a sua condição de ser social; deve romper com a própria psicologia e seu encastelamento, buscando seus aportes em diálogos com outros campos do saber e prática e, sobretudo, na realidade, com aqueles(as) que nela se fazem e a fazem; deve suplantar a concepção de que sofrimento é sinônimo de psicologia. A miséria do real se expressará, mesmo que como protesto, como oposição a si, na precariedade subjetiva. E quanto mais se intensifica sua pobreza – objetiva e subjetiva –, a tendência é que mais sofrimento irá produzir: o sofrimento como resposta normal à anormalidade vivida.

Entretanto, nas contradições do real em movimento, esse sofrimento-protesto pode ser uma chave analítica e de ação para a transformação do que o gera e silencia. Não se trata de aceitar e fomentar o sofrimento, a precarização subjetiva, mas entendê-los também como denúncias de uma sociabilidade desumanizada, exploratório-opressiva; trata-se de não silenciar tal grito de um indivíduo que é social. Ao se expressarem como problemas, tais sintomas dialeticamente sinalizam para a solução possível e desejada que está, inclusive, para além deles, do corpo e mente sofredores. O psicólogo(a) não ser capaz de solucioná-los, não significa que deva negá-los em sua constituição. Pelo contrário, se sua transformação requer também a transformação da condição

que se afirma por eles, os tendo como sintomas, mas também os tem como oposição e negação, essa transformação social substancial deverá ser o norte ético do(a) psicólogo(a). A isso, Martín-Baró (2015) denomina de ética: “La ética se constituye y vive en la tensión dialéctica de lo que es y de lo que debe ser” (p. 498). A ética é, pois, o *devenir permanente*. É nesse interregno que se põe a ligação entre o presente e o futuro, mediados pelo passado; a *práxis* psicológica no curto do prazo, no atendimento imediato das necessidades oriundas da pandemia e como essa aguça as desigualdades de nossa sociabilidade, mas que sempre se orienta ao futuro, ao que deve ser. Nisso, os seguintes questionamentos surgem: O que se quer? Qual a pertinência de tal *práxis* do presente para o futuro? Quais são as suas consequências concretas e históricas?

Na presente conjuntura, temos visto a *normalidade*, que ao ser produzida pelo sistema, o tem como normal, incorpora cada vez mais o *anormal* em suas fronteiras, o *normalizando*, ao mesmo tempo que produzindo cada vez mais anormalidade; um ciclo vicioso e perverso. Conforme salientamos, viveremos um cenário ainda mais venal na pós-pandemia (já o vivemos *durante* a pandemia). Essa maior venalidade, que se trata da hiperbolização daquilo que já nos constitui enquanto sociedade estruturalmente desigual, se tornará o *novo normal*? E, se sim, o que nos resta é a adaptação a ele? É nesse interregno que se põem as alternativas da psicologia de conformação a essa ordem ou de crítica e oposição a ela.

À psicologia cabe a análise crítica e o combate deste normal como construção histórica de ainda mais sofrimento, precariedade, essa anormalidade normalizada – e normatizada – que encarna nos corpos e mentes. Para isso, essa deve, inclusive, se colocar em xeque, questionando a si mesma acerca do papel que cumpriu e cumpre na manutenção da ordem, por meio de processos de ajustamento, coerção, adaptação e segregação. E tal movimento será tão mais robusto quanto mais crítico for das bases da própria psicologia, ontológicas e epistemológicas, e seu projeto ético-político coadunantes aos da ordem social. Além disso, resta à psicologia a contribuição, mesmo que pequena, para a construção de um novo normal, que signifique uma nova sociedade e um novo ser; um novo normal que é produto das mãos, pés, corpos e mentes dos indivíduos que dele necessitam, e com os quais a psicologia se faz; que não seja um novo-velho, que englobe as infinitas possibilidades de ser e existir, e que extraia do passado os aprendizados necessários para a edificação de uma dinâmica de vida livre de qualquer exploração e opressão. A quem prontamente pergunta se isso é possível ou suficiente, respondemos: é necessário. E aos que indagam se é realizável, rememoramos da ética como horizonte, como *devenir constante*; da própria realidade – e ser – como movimento a produzir continuamente novas (e/ou velhas) necessidades.

Dessa forma,

se o psicólogo, por um lado, não é chamado a intervir nos mecanismos socio-econômicos que articulam as estruturas de injustiça, por outro é chamado a intervir nos processos subjetivos que sustentam e viabilizam essas estruturas injustas; se não lhe cabe conciliar as forças e interesses sociais em luta, compete a ele ajudar a encontrar caminhos para substituir hábitos violentos por hábitos mais racionais; e ainda que a definição de um projeto nacional autônomo não esteja em seu campo de competência, o psicólogo pode contribuir para a formação de uma identidade, pessoal e coletiva, que responda às exigências mais autênticas dos povos (Martín-Baró, 1996, p. 22).

Porque ainda somos, a despeito de toda a retórica imponente, uma sociedade que esmorece frente a um vírus, que é incapaz de possibilitar tratamento a todos(as) que necessitam, mesmo tendo as condições objetivas para isso? Quais são os processos subjetivos que, face à produção objetiva da vida, obnubilam e mistificam seu caráter desigual? Que impedem ou obstaculizam os indivíduos de enxergarem os grilhões que os aprisionam? Como essa condição desigual se manifesta, no caso da COVID-19, nas subjetividades? Como as pessoas compreendem a situação vivenciada, e frente a ela, têm agido, construído respostas, entendendo que têm consigo suas potencialidades? O que essas respostas representam e como podem ser fortalecidas, compartilhadas ou transformadas? Todos estes questionamentos – e poderíamos ficar somente no exercício de refletir sobre eles ou produzirmos outros –, mesmo que as respostas não sejam passíveis de serem materializadas pela psicologia, demonstram possibilidades de sua contribuição, não importando o campo ou contexto de trabalho, independente dos indivíduos com os quais se trabalha em conjunto.

Uma hora a vacina será produzida – importante ressaltar, uma produção humana – e o coronavírus e a COVID-19 não serão mais *inimigos* tão poderosos. Seremos (e já estamos sendo), então, requisitados a voltar à normalidade que, como discurremos será ainda mais anormal, precária e desigual. Nisso, nosso capitalismo particular dependente, de base colonial escravocrata, racista e patriarcal, tendo na questão social seu corolário, “voltará” à sua normalidade de sofrimento e mortes “naturais” dos explorados e oprimidos pela pobreza, fome, racismo, machismo, outras doenças etc. Em tese, foram, são e serão estes que mais necessitaram, necessitam e necessitarão da Psicologia<sup>26</sup>. E é

26 Aqui utilizamos a terceira pessoa do plural, mas entendendo o(a) psicólogo(a) como ser que vive do trabalho, da venda de sua força de trabalho, também fazendo parte do conjunto dos explorados e oprimidos. Contudo, não é possível negar todo o histórico de contribuição da psicologia à manutenção da ordem, opondo-se, justamente, às necessidades das maiorias populares.

com estes, aliás, que a Psicologia tem sua dívida histórica. Será com eles, orientada a eles e suas necessidades, que ela pode começar a pagá-la, entendendo também que é deles, em seu processo de não apenas resistirem, mas, de fato, existirem, sendo muito mais do que têm podido ser, a transformação substancial da realidade e, pois, da Psicologia.

Se é nesse panorama que o ser se insere e é compelido a se forjar; é essa a realidade a qual a psicologia se refere e abarca; são eles, portanto, o parâmetro do seu *quefazer* e, nisso, desvelam o que a realidade e a psicologia *devem ser* e qual o seu papel ético-político na concreção desse horizonte.

## Considerações Finais

A despeito do que se diz, o coronavírus e a COVID-19 não são *democráticos* ou *elitistas*, assim como vírus ou doença nenhum(a) o são. É o metabolismo social no qual esses se manifestam que deve ser analisado criticamente, com as consequentes implicações para o desenvolvimento do vírus e da doença – o que não exclui o estudo das mutações e evolução viral e patológica. Por mais que a transmissão e o contágio do coronavírus tendam a ser mais “democráticos” – e mesmo nisso constatamos as condições de vida como concreção dos antagonismos societários –, quando analisamos quem morre, como e por que morrem em decorrência da COVID-19, assim como quem vive, como e por que vive, temos explicitada a profunda desigualdade de nossa sociedade: uma sociedade virulenta; um metabolismo social adoecido e adoecedor.

Nisso, demonstramos a necessidade de consideração da questão social na análise sobre a determinação social da COVID-19 e suas múltiplas mediações, assim como da saúde atravessada e constituída por ela, enquanto movimento *da e para* a realidade. Se a supressão da questão social, sinônimo de superação do modo de produção capitalista, não evita o surgimento de vírus e doenças, ao menos faz com que suas respectivas abordagens estejam pautadas nas necessidades humanas. Tal elaboração pode fornecer subsídios à compreensão e atuação da psicologia, refletindo sobre a sua necessidade histórica presente, em termos das contribuições que essa pode ofertar no panorama vivenciado, mesmo que parcas frente à totalidade social e às necessidades daqueles(as) que nela se forjam e a produzem, mas orientadas eticamente à construção de uma outra sociabilidade.

## REFERÊNCIAS

Barbosa, R. J., Prates, I., & Meireles, T. O. (2020). *Covid-19: Políticas Públicas e as Respostas da Sociedade*. Nota Técnica nº 2. A vulnerabilidade dos trabalhadores brasileiros na pandemia da Covid-19. Recuperado de: [https://fpabramo.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim\\_2\\_Covid19\\_\\_\\_NT2v3.pdf](https://fpabramo.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim_2_Covid19___NT2v3.pdf).

Bassan, P. (2020, março 23). Casos de violência doméstica no RJ crescem 50% durante confinamento. *GI*. Recuperado de: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/23/casos-de-violencia-domestica-no-rj-crescem-50percent-durante-confinamento.ghtml>.

Batista, A. et al. (2020). *Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil*. Recuperado de: [https://drive.google.com/file/d/1QKOUUnUGE6IgoliM8O5Gp\\_CvvN9uD\\_R0i/view](https://drive.google.com/file/d/1QKOUUnUGE6IgoliM8O5Gp_CvvN9uD_R0i/view)

Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. (2020). *Informe Especial COVID-19 No 3: El desafío social en tiempos del COVID-19*. Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf)

Martín-Baró, I. (1996). O papel do psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 7-27. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1997000100002>.

Martín-Baró, I. (2013). Psicologia Política Latino-Americana. *Psicologia Política*, 13(28), 555-573. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2013000300010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000300010&lng=pt&tlng=pt).

Martín-Baró, I. (2015). Ética en psicología. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 6, 491-531. Recuperado de: <http://teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/73/49>.

Martín-Baró, I. (2017). O psicólogo no processo revolucionário. In I. Martín-Baró, *Crítica e libertação na Psicologia: Estudos psicossociais* (pp. 25-29, F. Lacerda Júnior, Org., Trad.). Vozes.

Marx, K. (2010). *Manuscritos econômico-filosóficos*. Boitempo.



Marx, K. (2013). *O Capital*. Crítica da Economia Política. Livro 1. O processo de produção do capital. Boitempo.

Marx, K. (2015). População, crime e pauperismo. *Verinotio*, 20, 119-123. Recuperado de: <http://www.verinotio.org/sistema/index.php/verinotio/article/view/216>

Ministério da Saúde. (2020). *Boletim Epidemiológico Especial COE-COVID*. Recuperado de: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/2020-05-19---BEE16---Boletim-do-COE-13h.pdf>

Neri, M. C. (2019). *A escalada da desigualdade. Qual foi o impacto da crise sobre a distribuição da renda e da riqueza?* Recuperado de: <https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/A-Escalada-da-Desigualdade-Marcelo-Neri-FGV-Social.pdf>.

Netto, J. P. (2001). Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”. *Temporalis, Revista da ABEPSS*, 2(3), 41-49.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. (2020). *Boletim quinzenal 3*. Recuperado de: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PMSP\\_SMS\\_COVID19\\_Boletim%20Quinzenal\\_20200430.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PMSP_SMS_COVID19_Boletim%20Quinzenal_20200430.pdf)

Souza, D. O., Silva, S. E. V., & Silva, N. O. (2013). Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 44-56. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100006>.

Rodrigues, A. (2020, maio 30). Ligue 180 registra aumento de 36% em casos de violência contra mulher. *Agência Brasil*. Recuperado de: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-05/ligue-180-registra-aumento-de-36-em-casos-de-violencia-contramulher>

Souza, W. M. et al. (no prelo). *Epidemiological and clinical characteristics of the early phase of the COVID-19 epidemic in Brazil*. Recuperado de: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.25.20077396v1.full.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.25.20077396>.

United Nations. (2020). *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women*. Recuperado de: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy\\_brief\\_on\\_covid\\_impact\\_on\\_women\\_9\\_apr\\_2020\\_updated.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_on_covid_impact_on_women_9_apr_2020_updated.pdf)



Vespa, T. (2020, maio 06). Em vez da idade, classe social passa a definir quem morre de covid no país. *UOL*. Recuperado de: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/06/no-brasil-covid-19-nao-mata-por-idade-mas-por-endereco-sugere-estudo.htm>

WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling, MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Abdul Latif Jameel Institute for Disease and Emergency Analytics & Imperial College London. (2020). *Report 22: Equity in response to the COVID-19 pandemic: an assessment of the direct and indirect impacts on disadvantaged and vulnerable populations in low- and lower middle-income countries*. Recuperado de: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-05-12-COVID19-Report-22.pdf>

# UMA LEITURA PSICANALÍTICA SOBRE OS EFEITOS PSICOSSOCIAIS EM UMA PANDEMIA NO BRASIL

*Alvinan Magno Lopes Catão*

*Ana Luiza Henriques Samarcos*

*Carlos Alexandre Araújo Benício da Costa e Silva*

*Claudia Rodrigues Pádua Salgado Beato*

*Eliana Rigotto Lazzarini*

---

Este trabalho tem como objetivo compreender os efeitos psicossociais do presente cenário pandêmico, recorrendo a uma situação anterior, a Gripe Espanhola de 1918. A escolha dessa pandemia, em meio a outras no decorrer do século XX, justifica-se por essa ter sido, de acordo com alguns autores (Bertucci, 2002; Kolata, 2002; Goulart, 2005), uma das maiores pandemias da modernidade, com grandes repercussões em solo brasileiro. Pretendemos analisar, à luz do referencial teórico freudiano, o tema dos efeitos psicossociais a partir de uma pesquisa bibliográfica. Efeitos psicossociais, de acordo com Montero (1994), reportam-se às ações do sujeito influenciadas pela sua percepção avaliativa e interação com o meio social.

Atualmente atravessamos uma das maiores situações de emergência mundial, caracterizada pela vulnerabilidade e ameaça à vida de grande número de pessoas. Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia de COVID-19, doença causada pelo Novo Coronavírus (Sars-Cov-2) (OPAS, 2020). De acordo com Last (2001), em *A Dictionary of Epidemiology*, pandemia é definida como uma doença infecciosa que se dissemina em uma área muito ampla, cruzando fronteiras internacionais e, geralmente, afetando grande número de pessoas.

Pandemia pode ainda ser considerada, de acordo com Goulart (2005), uma construção social e cultural. A autora destaca que epidemias têm significado e ganham importância na medida em que interferem na vida das pessoas, provocam reações culturais e adquirem valores políticos.

As negociações em torno da definição e das respostas à doença são sempre complexas. Dependem de elementos cognitivos e disciplinares, de mecanismos institucionais e políticos, bem como do ajustamento ou não dos indivíduos aos modelos estabelecidos. A doença só passa a existir como fenômeno social quando ocorre uma concordância em sua percepção, classificação e nas respostas dadas a ela (Goulart, 2005).

Inicialmente, descreveremos as características da pandemia da Gripe Espanhola de 1918, apresentando sua trajetória no Brasil e os efeitos psicossociais por nós reconhecidos a partir de pesquisas históricas de autores que se dedicaram ao tema. Em seguida, contextualizaremos a pandemia da COVID-19 e apresentaremos as relações entre essas pandemias. Por fim, faremos uma leitura psicanalítica desses efeitos, aproximando as nuances contextuais das formulações freudianas relativas à cultura.

## **A Gripe Espanhola de 1918 e alguns efeitos psicossociais no Brasil**

Conhecida mundialmente como Gripe Espanhola, curiosamente, a Gripe de 1918 não começou na Espanha. Acreditava-se, inicialmente, que a doença havia surgido nesse país e lá feito o maior número de vítimas. Contudo, em setembro de 1918, essa hipótese perdeu credibilidade e surgiu outra explicação: a neutralidade adotada pela Espanha durante a Primeira Guerra Mundial. Como não havia censura de notícias, os jornais espanhóis denunciavam o tamanho do estrago da epidemia e, assim, parecia que a doença matava mais nesse país (Bertucci, 2002; Goulart, 2005).

Além disso, existia a hipótese de que durante a Primeira Guerra, uma facção do governo espanhol havia mostrado simpatia pelos alemães e, por retaliação, a Inglaterra teria atribuído à Espanha a responsabilidade pela *Influenza*. Portugal e França teriam também contribuído para a difusão do nome Gripe Espanhola, o primeiro em decorrência da tendência antiga de se batizar as epidemias com o nome do país vizinho de onde chegava o contágio, já a França, devido ao envolvimento de questões político-sociais, como a xenofobia diante de trabalhadores espanhóis que cruzaram a fronteira em 1918 (Bertucci, 2002). Apesar de não haver consenso quanto às origens da pandemia, acreditava-se que essa se iniciou nos campos de batalha americanos em 1918, devido ao alto índice de mortes por pneumonia ou “febre de trincheira” – como era conhecida pela população – antes mesmo de espalhar-se pelo mundo (Petit, 1976).

Durante os séculos ocorreram epidemias devastadoras, no entanto, a pandemia da Gripe Espanhola foi singular devido ao grande número de vítimas e pode ter afetado um terço dos habitantes da Terra (Brito, 1997; Sobral & Lima, 2018). Bertucci (2002) compara o número de vítimas da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) com as mortes relacionadas à pandemia. Enquanto na guerra morreram aproximadamente 8 milhões de pessoas, a doença infectou mais de 600 milhões de pessoas e vitimou mais de 20 milhões no mundo (Brito, 1997; Bertucci, 2002).

Conforme Kolata (2002), uma das célebres famílias atacadas por essa praga foi a família do médico e psicanalista Sigmund Freud (1856-1939).

Em cartas endereçadas ao seu amigo e pastor protestante Oscar Pfister, em 27 de janeiro de 1920, constava o relato da notícia sobre o falecimento de sua filha, Sophie, que morava em Hamburgo com o marido e dois filhos. Em suas palavras: "... nossa querida Sophie havia sido vitimada por uma gripe-pneumonia, arrancada de uma saúde florescente, da plenitude da vida, como mãe esforçada e mãe delicada, no espaço de quatro ou cinco dias... Amanhã ela será cremada..." (Freud, E. & Meng, 2009, pp. 98-99).

A *Influenza* chegou ao Brasil, de acordo com Brito (1997) e Goulart (2005), por Recife, em setembro de 1918, a bordo do navio *Demerara* proveniente de Dakar, Senegal. Através da costa litorânea, expandiu-se para o restante do país, passando por Salvador e ancorando no porto do Rio de Janeiro em 23 de setembro.

Constatamos que o medo da morte foi dos efeitos mais marcantes durante a pandemia de 1918 no Brasil. Bertucci (2009) classifica esse período como a pandemia do medo e afirma que à medida que o número de enfermos e de mortos crescia, a sensação de impotência da população aumentava. Segundo a autora, a Gripe foi responsável por suicídios e tentativas de suicídio, os quais eram noticiados nos jornais e atribuídos ao pavor coletivo da população. Um jornal de São Paulo mostra o caso de um operário que realizou uma tentativa de suicídio ao sentir dores de cabeça e supor que estava com a doença. Em Porto Alegre, uma notícia jornalística diagnosticava como causa de vários suicídios ocorridos na cidade o alarme social provocado pela pandemia. Havia também o medo da hospitalização, pois esta estava arraigada na memória da população como local de morte ou de tratamento dos desamparados (Bertucci, 2009).

A partir de documentos e entrevistas em uma cidade do Rio Grande do Sul, Olinto (1995) descreve e evidencia a presença do medo na vida das pessoas, destacando o modo como a doença tornou as relações interpessoais um risco e impulsionou a busca pela sobrevivência diária. Ressalta que a situação de sobrevivência à Gripe Espanhola foi respondida através da transmissão de saber empírico pelo auxílio mútuo e abrigo do lar. A autora alude ao papel da solidariedade frente ao medo. Atos de solidariedade também foram realizados em outros estados. Em Minas Gerais foi constatado através de testemunhos que pessoas se organizaram para distribuir alimentos, medicamentos, roupas, bem como viabilizar recursos médicos, aliviando o impacto sofrido na época (Sales, 2004). Já na Bahia, práticas de solidariedade estavam intrinsecamente ligadas à percepção da impotência das ações médicas diante do avanço da pandemia.

Paralelamente outros costumes foram intensificados, como a automedicação, o uso de remédios caseiros e práticas religiosas. No estado de Goiás,

devido ao desconhecimento de uma terapêutica eficaz, a população recorreu a tratamentos e medicamentos expedidos por médicos alopatas, homeopatas, bem como ao seu saber de cura, presente nos hábitos, costumes e também indicado por alguns esculápios (Neto, 2011). Em São Paulo, essas práticas estavam presentes de forma tão significativa que levou os médicos a fazerem pronunciamentos cada vez mais especializados para se distanciar e se diferenciar daqueles que exerciam outras práticas de cura (Bertucci, 2002). Em relação à religião, Bertucci (2009) constatou, em todo o Brasil, a busca de conforto e amparo na fé. A autora afirma que a súplica pela intercessão dos santos e pela misericórdia divina tornaram-se práticas ainda mais constantes e intensas.

Ainda no que compete ao medo, Brito (1997) aponta a subversão dos ritos relacionados à morte no Brasil, uma vez que os velórios e enterros uniam as pessoas simbolicamente, conferindo dignidade a esse desfecho. De acordo com a autora, diante da impossibilidade de se realizarem esses ritos, a morte tornou-se ainda mais temível. Em São Paulo foi instituída a aplicação de multas, que proibiam o acompanhamento dos enterros a pé, bem como as visitas aos cemitérios municipais e particulares (Bertucci, 2002).

Em Goiás, mesmo com as medidas restritivas e proibitivas impostas pelas autoridades para evitar a contaminação, os rituais fúnebres não foram interrompidos, pois tinham um significado importante para a população (Neto, 2011). Esse desacato nos permite supor uma resistência da cultura frente às medidas de prevenção, dentre as quais o isolamento social era concebido como uma das mais efetivas. Apesar disso, era entendido como uma das práticas mais caras para a população, uma vez que limitava o direito de ir e vir. Para Bertucci (2009), essas medidas acarretaram discriminação e medo do contato com o outro, o qual passou a ser visto como o inimigo, o emissário da morte, aquele que deveria ser evitado.

Percebemos que essa resistência não atingiu somente a população em geral, mas também autoridades políticas. À época, houve ausência de sensibilização política do governo vigente, negando a situação catastrófica caracterizada por vários óbitos e pela minimização dos riscos potenciais à sociedade. Por outro lado, ações oposicionistas denunciavam o grave quadro sanitário (Sales, 2004; Souza, 2007).

No Rio de Janeiro, então capital federal, o governo insistia em defender a benignidade da doença e demorou a estabelecer medidas profiláticas, resultando na ira das pessoas. O desconhecimento em torno das especificidades da doença, bem como as insatisfações latentes transformaram a situação em um problema político-social e mobilizou a defesa da criação de uma instituição técnica, científica e autônoma exclusiva para as questões da saúde coletiva.

Como consequência, houve a profissionalização da saúde pública, cujo ponto alto foi a reforma do ensino em 1925 e a criação dos primeiros cursos para formar sanitaristas. Assim, a desordem e o caos podem também ser considerados uma situação criadora, proporcionando mudanças nas decisões das elites e estimulando novos comportamentos políticos e sociais (Britto, 1997; Goulart, 2005).

Uma vez examinados os dados da Gripe Espanhola no Brasil, descreveremos alguns aspectos históricos do atual contexto e apresentaremos relações entre alguns dos efeitos psicossociais das duas pandemias. Para tal, tomaremos como fontes de pesquisa dados jornalísticos virtuais e impressos, informações oficiais de órgãos governamentais, sites especializados em saúde e artigos científicos recentes.

### **Contexto atual e possíveis efeitos psicossociais: relações entre a Gripe Espanhola e a COVID-19 no Brasil**

Se por um lado não há consenso quanto às origens da Gripe Espanhola, por outro parece não haver dúvidas onde se deu o primeiro epicentro da COVID-19: em Wuhan, na China. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2020), a OMS foi alertada em 31 de dezembro de 2019 sobre o crescente número de casos de pneumonia em Wuhan. Uma semana depois, houve a confirmação de um novo tipo de coronavírus que se disseminou rapidamente pelo mundo, sendo declarada a pandemia em 11 de março de 2020.

De acordo com a OPAS (2020), são conhecidos sete tipos diferentes de coronavírus em humanos. São considerados a segunda principal causa de resfriado comum e raramente os seis primeiros ocasionavam doenças mais graves. Contudo, esse cenário parece mudar com o surgimento do Sars-Cov-2, o Novo Coronavírus. Apesar de geralmente os sintomas serem leves e terem início gradual, a OPAS (2020) alerta que uma em cada seis pessoas infectadas por COVID-19 fica gravemente doente. Até 25 de junho de 2020 foram confirmados no mundo 9.296.202 casos e 479.133 mortes (OPAS, 2020).

No Brasil, foi confirmado o primeiro caso de coronavírus no dia 26 de fevereiro de 2020 em um homem de 61 anos, na cidade de São Paulo, com histórico de viagem recente à Itália – considerado o primeiro epicentro da doença no ocidente. Em menos de um mês do primeiro caso confirmado, já havia registros de COVID-19 nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (Ministério da Saúde, 2020).

No mês de abril, além das recomendações de lavar as mãos constantemente e usar álcool em gel (álcool etílico hidratado 70%), o Ministério da Saúde (2020) recomendou a utilização de máscaras de proteção para toda a

população. Houve o registro de mais de mil novos casos confirmados em 24 horas e os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Amazonas e o Distrito Federal foram alertados pelo Ministério para a possibilidade de entrarem na fase de aceleração descontrolada.

De acordo com informações disponibilizadas por Sandes (2020) no site UOL, em maio, a COVID-19 foi classificada como a maior causa de mortes no país e foi relatado pela reportagem que a doença mata mais jovens no Brasil do que em outros países afetados pela pandemia. Conforme dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2020), até 25 de junho de 2020, foram confirmados no Brasil 1.274.974 casos da doença e 55.961 mortes. Os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Ceará, respectivamente, são os mais afetados no momento (CONASS, 2020). O número de óbitos já ultrapassa os estimados 35 mil mortos da pandemia de 1918 no Brasil, segundo reportagem de Tajra e Marins (2020) no UOL.

Examinando o contexto pandêmico, tanto no que se refere à Gripe Espanhola quanto à atual incidência da COVID-19, verificamos relações presentes entre esses dois marcadores históricos. Em matéria publicada por Varella (2020) no site Veja Saúde, as ações solidárias foram apontadas como uma das principais formas de lidar com a pandemia. A reportagem expõe que distribuição de alimentos, doação de produtos de higiene e consultas psicológicas *online* gratuitas são algumas das iniciativas motivadas pelo reconhecimento da dor do outro.

O site da Veja Rio, na reportagem de Tinoco (2020), também relatou algumas ações: médicos junto com outros profissionais produzem suprimentos hospitalares como máscaras, protetores faciais e ventiladores através de impressão 3D; *chefs* de cozinha que ensinam receitas simples por meio de redes sociais; artistas se apresentam em *lives*; pessoas se disponibilizam para fazer compras para os idosos. A população tem contado amplamente com a internet e com as inovações tecnológicas para arrecadar doações e oferecer serviços e atendimentos.

Enquanto algumas pessoas frente às medidas de proteção governamentais impostas – como o distanciamento social – praticam atos solidários, outras se distanciam como forma de prevenção, contribuindo para que os sintomas de transtornos mentais possam se agravar mais nesse período, conforme relatado por Nobrega (2020) na Folha de Pernambuco e Hartmann (2020) no site Pubmed. Esses autores descrevem também que o alto impacto psicossocial dessa pandemia pode ocasionar o aumento de sintomas como ideações suicidas, depressão, ansiedade, estresse, paranoia e transtornos obsessivos compulsivos.

Quanto a esses últimos, o excesso de informações midiáticas diárias acerca de orientações quanto à higienização, como forma de prevenção, tem elevado o nível de ansiedade e até pânico na população. Os pacientes com transtornos



obsessivos compulsivos, com tendência acentuada por atos repetitivos, como lavagem de mãos repetidamente, limpeza da casa e de objetos pessoais de maneira exagerada, tornam-se mais vulneráveis, mais ansiosos, agravando suas dificuldades pessoais (Hartmann, 2020). De acordo com reportagem de Rydlewski (2020), publicada no Valor Econômico, foi realizada uma enquete na qual aponta que 54% dos brasileiros acima de 18 anos sentem-se frequentemente ansiosos ao longo da pandemia; 40% relatam tristeza ou depressão e em 18% dos entrevistados houve aumento do consumo de bebidas alcoólicas.

O trabalho de Maia e Dias (2020) investiga níveis de depressão, ansiedade e estresse de estudantes universitários no período pandêmico, buscando compará-los com o período anterior não-pandêmico. O estudo foi constituído por dois grupos, sendo a amostra 1 formada por 460 sujeitos com idade média de 20,14 anos e a amostra 2 por 159 sujeitos com idade média de 20,40 anos. Todos os sujeitos foram submetidos a um questionário sociodemográfico e a escalas de ansiedade, depressão e estresse. Os resultados sugerem que esta pandemia provoca efeitos prejudiciais à saúde mental dos estudantes universitários. Estes apresentaram níveis significativamente mais elevados de depressão, ansiedade e estresse em comparação aos que integram o período normal. Santos (2020) corrobora esses dados ao apontar para o aumento de doenças psiquiátricas pré-existentes em muitos países tanto pelo efeito prolongado do isolamento social e da pandemia em si, quanto pela interrupção de consultas e acompanhamentos durante a quarentena.

Em relação à ansiedade, em uma situação pandêmica, é importante dizer que essa pode levar as pessoas à busca de informações nos meios de comunicação e, particularmente, na internet. Ansiosas por informação, elas tendem a entrar em contato com um importante fenômeno contemporâneo: as notícias falsas, as chamadas *Fake News*. O estudo de Souza Junior et al. (2020) aponta para um crescente e expressivo interesse da população por informações sobre o termo em pesquisas na internet. Esses estudos sugerem também ações de combate à perpetuação de notícias falsas na internet por parte da mídia tradicional e também do Ministério da Saúde do Brasil.

Levantamos a hipótese de que os estados ansiogênicos que levam as pessoas a buscar informações na internet sobre o Coronavírus, por vezes de forma obsessiva, estão relacionados ao medo da morte. A esse respeito vale dizer que, de acordo com Kovács (1992), o medo da morte é a resposta mais comum diante de situações que ameaçam a vida. Esse atinge a todos os seres humanos independentemente de idade, sexo e nível socioeconômico. Para a autora existe uma grande dificuldade de diferenciar medo de ansiedade, pois a experiência do medo é tão ampla que se poderia pensar em ansiedade e medo de



forma similar. A autora afirma que as pessoas com um nível maior de ansiedade apresentam mais medo da morte, ou seja, o medo da morte evoca ansiedade.

O medo da morte foi um dos efeitos psicossociais característicos de ambas as pandemias e pode estar intimamente relacionado, de maneira geral, com a ansiedade. Ornel et al. (2020) dizem que as dúvidas e a falta de informações precisas acerca do desdobramento da pandemia trazem inseguranças e medos para as pessoas. Os autores sugerem que há uma pandemia do medo concomitantemente à pandemia da COVID-19. Afirmam que o número de pessoas que tem a saúde mental afetada é maior que os infectados pela doença e, com base em tragédias passadas, mostram que as implicações na saúde mental podem durar mais que a própria pandemia.

### **Uma leitura psicanalítica dos efeitos psicossociais em um contexto pandêmico**

Bem como ocorre com tantas outras patologias virais, uma gripe em si mesma não apresenta valores significativos enquanto processo biológico. Sua significância e valência só encontram reconhecimento e expressão quando suas relações e efeitos são alçados à amplitude do contexto psicossocial humano – tanto como adentra, participa e modifica o cotidiano das pessoas, quanto pelo modo como provoca e dá expressão a valores presentes no funcionamento social (Souza, 2007).

No contexto pandêmico, algumas reações humanas diversas foram desencadeadas na população, modificando hábitos e costumes (Bertucci, 2002; Sales, 2004; Goulart, 2005; Maia & Dias, 2020; Souza Junior, Raasch, Soares & Ribeiro, 2020). A partir das formulações freudianas em *Totem e Tabu* – como referência para compreender e problematizar alguns efeitos psicossociais da Gripe Espanhola –, inferimos que, apesar de muitas mudanças de comportamento acontecerem ao longo do tempo, os homens de nossa época ainda vivem de maneira muito próxima aos homens primitivos. Os clãs totêmicos uniam-se em função de um totem, considerado seu oráculo, espírito guardião e protetor de seus filhos frente aos obstáculos enfrentados (Freud, 1913/1974).

Uma vez que a vida anímica sofre influência do meio, enquanto ser social constituído a partir da sua relação com o outro, o indivíduo encontra-se inserido num contexto e não pode ser analisado sem que esse aspecto seja considerado. Em *Psicologia de grupo e a análise do ego*, Freud (1921/1996) salienta que frente à massa, a indistinção é evidenciada e, por maiores que sejam as diferenças existentes nos indivíduos, o fato de haverem sido transformados num grupo coloca-os na posse de uma mente coletiva que os faz pensar, sentir e agir de maneira muito diferente daquela pela qual cada membro o faria individualmente.

Singularidades desaparecem e o indivíduo é colocado sob condições que lhe permitam livrar-se dos recalcamientos de suas moções inconscientes. Sentindo-se invencível, entrega-se aos seus próprios instintos (Freud, 1921/1996).

Em *O Futuro de uma ilusão*, Freud (1927/1996) afirma que um dos aspectos da civilização consiste na capacidade do homem de controlar as forças da natureza para extrair riquezas necessárias que atendam às satisfações humanas. Para o autor, a natureza de alguma forma pode apresentar-se de modo inesperado, seja por meio de tempestades, furacões, terremotos ou doenças epidêmicas, por exemplo. A esse respeito, escreveu: “Há os elementos, que parecem escarnecer de qualquer controle humano... É com essas forças que a natureza se ergue contra nós... uma vez mais nos traz à mente nossa fraqueza e desamparo...” (Freud, 1927/1996, p. 24).

Como observado, as respostas referentes tanto à Gripe Espanhola quanto ao COVID-19 no Brasil abrangeram desde práticas obsessivas particularizadas até medidas políticas e sanitárias. Essas respostas são notavelmente ecléticas, constituem-se em atos defensivos concretos e representam um papel significativo em meio à crise. Souza (2007) e Silva (2017) constataram respectivamente em seus estudos sobre a Gripe Espanhola, nos estados da Bahia e de Pernambuco, atos como: o controle sob a venda de alimentos, a inspeção de moradias, o apregoamento da higiene social, as intervenções tanto na vida privada quanto no meio ambiente e a realização de rituais de matrizes científicas e religiosas. Quanto ao aspecto religioso, Brito (1997) e Neto (2011) apontaram a intensificação desses atos como decorrentes da crise.

Em relação aos atos obsessivos na pandemia do COVID-19, eles também têm se manifestado de forma acentuada conforme reportagem de Nobrega (2020) na Folha de Pernambuco. Maia e Dias (2020) pesquisaram níveis de depressão, ansiedade e estresse em estudantes universitários de 2019 e 2020 e constataram um aumento significativo desses sintomas ao longo desta pandemia. A partir de Freud (1921/1996) supomos que tal pluralismo de funcionamento em ambas as experiências pandêmicas se dê também devido ao fato das massas desconhecerem a verdade e exigirem a presença de ilusões para as quais o ideal sempre tem precedência sobre o real, pois diante da perda da autonomia, o indivíduo tende a seguir ordens e a não se responsabilizar pelos seus próprios atos. Nesse sentido, a massa compõe uma função moralizadora do indivíduo.

No que tange às ilusões, Freud (1927/1996) postula que a religião se caracteriza como uma das mais importantes, representando “realizações dos mais antigos, fortes e prementes desejos da humanidade” (p. 39). Não há racionalidade, segundo o autor, nas ideias religiosas. Porém, como Freud (1927/1996) concebe o sujeito como um ser desamparado em busca de proteção, para aqueles que crêem, a religião poderia cumprir a função de tolerância frente ao desamparo e de apaziguamento do homem diante do terror da morte.

Durante a pandemia da Gripe Espanhola, as súplicas por intercessão divina intensificaram-se, como verificado por Bertucci (2009). No tocante aos rituais fúnebres, Neto (2011) cita a conservação da experiência do encomendamento da alma dos mortos mesmo com as restrições de contatos sociais determinadas pelas autoridades governamentais. A persistência de tal prática sugere uma resistência devido ao ato de conservar os costumes culturais ancestrais.

Os atos religiosos e moralizadores estabelecidos pelas sociedades mais recentes também podem ser equiparados aos dos povos primitivos, principalmente na sua semelhança com a neurose obsessiva, a qual estabelece medidas protetivas frente ao sofrimento na cultura. Esses atos obsessivos são herdados e manifestam-se no contexto sociocultural humano por meio de diversas configurações, como exemplificadas pela situação pandêmica tanto da Gripe Espanhola quanto da COVID-19. De acordo com Freud (1913/1974), nos ritos obsessivos e protetivos, fomentados pelo clã totêmico da horda primeva, há um desejo inconsciente persistente de violação às restrições. Com base nesse pensamento, podemos supor que a disseminação desses ritos em ambos os contextos pandêmicos no Brasil se expressam a partir de algumas ações sociais, tais como: proibições diversas destituídas de motivos e enigmáticas em suas origens, proibições de não tocar o próximo para evitar o contato e o risco de infecção ou, até mesmo, lavar as mãos incessantemente (Bertucci, 2009; Neto, 2011; Hartmann, 2020).

Encontramos ainda a incidência de funcionamentos psíquicos defensivos caracterizados pela presença de três mecanismos que merecem destaque: o deslocamento, a racionalização e a denegação. No cenário pandêmico vivenciado atualmente e em muitos dos trabalhos historiográficos examinados sobre a Gripe de 1918, fica evidenciada a expressão dos três mecanismos defensivos que atuam como medida protetiva frente a um evento traumático e de magnitude e proporções desconhecidas em ambos os contextos.

De acordo com o referencial psicanalítico, o deslocamento – compreendido como a capacidade de transformação de elementos primordiais de um conteúdo latente em detalhes secundários de um conteúdo manifesto – atua de forma que a importância, o interesse e a intensidade de uma representação sejam suscetíveis de destaque e passem a outras representações originariamente pouco intensas. Já a racionalização é tida como o processo pelo qual o sujeito procura apresentar uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ou aceitável do ponto de vista moral, para uma atitude, uma ação, uma ideia ou um sentimento cujos motivos verdadeiros não são perceptíveis. E a denegação apresenta-se como um modo de tomada de conhecimento, sem aceitação, do que se encontra recalçado – é o reconhecimento do material recalçado pela via negativa, no qual o sujeito exprime negativamente um desejo ou uma ideia cuja presença

ou existência encontra-se recalcada –, negando assim a reconhecer a realidade de uma percepção (Roudinesco & Plon, 1998; Laplanche & Pontalis, 2001).

São diversas as expressões relacionadas a esses três mecanismos. Em relação à denegação, por exemplo, verificamos algumas reações de autoridades governamentais e de populares que, mesmo diante de um repertório de informações que consubstanciam a gravidade da situação, apresentam uma retórica minimalista ou até ignoram completamente a evidência dos efeitos – ações morosas no campo epidemiológico e negligência às orientações de saúde representam apropriadamente o mecanismo da denegação. Já o deslocamento, por exemplo, pode ser avistado na intensificação dos rituais religiosos e das manifestações de solidariedade.

A manifestação da racionalização, num sentido aproximado do mecanismo da denegação, pode ser notada na tendência a argumentações demasiadamente lógicas que falseiam ou distorcem dados reais acerca da temática. Assim, crenças e explicações sem embasamento adicionam-se ao incremento das *Fake News*, intensificando a propagação de notícias falsas que tendem a minorizar os impactos pandêmicos ou mesmo a atribuir causas controversas e interesses escusos ao contexto vivenciado: a disseminação dos vírus seria, nesse sentido, fruto de ações humanas voluntárias no intuito do favorecimento a determinados grupos. Tais situações são expressões do mal-estar do Eu com o outro e com o mundo externo.

Em *O mal-estar na civilização*, Freud (1930/1996) analisa as origens e a constituição da infelicidade humana, desenvolvendo uma hipótese dualista e antagonista geral representada pelo conflito entre as exigências das pulsões individuais e as necessidades das restrições civilizatórias. Estas produzem mal-estar nos indivíduos, uma vez que tal conflito é permanente e decorrente das relações entre o Eu, o outro e o mundo externo. Para o autor, existe uma grande dificuldade em definir o conceito de civilização, pois esse “constitui fato incontroverso que todas as coisas que buscamos a fim de nos protegermos contra as ameaças oriundas das fontes de sofrimento fazem parte da civilização” (p. 94). Ele conclui que a felicidade constrói-se conceitualmente de modo particular e individual, dependendo de algo para existir: trata-se mais de realizações episódicas e parciais das pulsões; o que o princípio do prazer impõe não pode ser realizado, mas os seres humanos não podem abandonar os esforços de aproximá-lo da consecução, de uma maneira ou de outra.

Nossos estudos sobre as pandemias em solo brasileiro possibilitaram a constatação de que alguns de seus efeitos psicossociais são expressões da intensificação do sentimento de mal-estar civilizatório, porque envolvem a restrição das pulsões individuais e são geridas por exigências civilizatórias emergentes e particulares, introduzidas em decorrência da moléstia. Algumas dessas exigências podem ser lembradas, como o isolamento social; a proibição do exercício

de ir e vir; a adição de comportamentos que impactaram e ainda impactam as convenções e as habitualidades da cultura brasileira. Dentre os efeitos psicossociais, vale destacar o medo da morte por parte da população, verificado nos estudos de alguns autores (Bertucci, 2009; Olinto, 1995; Brito, 1997).

O medo da morte pode ser associado à formulação de Freud (1930/1996) sobre os fatores do sofrimento humano que estão relacionados ao próprio corpo, ao outro e ao mundo externo. Segundo o autor, o corpo possui desejos particulares – muitos deles contrariam o pacto civilizatório – e está fadado a uma autodestruição progressiva, a que chamamos de morte natural. Na Gripe Espanhola o medo da morte foi identificado como oriundo de uma preocupação com a sua antecipação pela via que se opõe à natural: a acidental (Bertucci, 2009). Conforme reportagem de Rydlewski (2020), é possível dizer que esse medo da morte também é reconhecido na presente pandemia da COVID-19.

O relacionamento com o outro, considerado por Freud (1930/1996) um dos canais de sofrimento humano – pelo fato desse outro possuir seus próprios desejos e particularidades, o que tende a gerar conflitos de interesse –, também é modificado em uma situação pandêmica. Conforme nossos estudos, o outro-pandêmico foi concebido ora como um estranho – dissociado do Eu, exemplificado pelas reações de negligências e resistências (Brito, 1997; Sales, 2004; Goulart, 2005; Hartmann, 2020; Nobrega, 2020) –, ora como integrado a esse Eu – tal como sugere a realização das ações solidárias (Sales, 2004; Souza, 2007; Veja Saúde, 2020; Veja Rio, 2020). Essas últimas, de acordo com a teoria psicanalítica, também não deixam de ser em virtude de interesses individuais (Freud, 1930/1996).

Essa duplicação – entre um Eu e um Não-Eu causador de estranhamento ao sujeito – foi formulada por Freud (1919/1976) que publicou tal artigo no outono de 1919, época em que a Gripe Espanhola espalhava-se pelo mundo. Podemos inferir que o outro-pandêmico esteja relacionado a esse outro-estranho freudiano, que se refere ao impacto do sujeito ao deparar-se com as manifestações do seu desconhecido inconsciente que nos é tão diferente, nos assusta, provoca medo e horror. Por outro lado, para Freud (1919/1976), esse estranho porta consigo o que há de mais conhecido, velho e familiar. Podemos supor que esse contato com o avesso do Eu, repudiado por nós, permite-nos entrar em contato com nossos mais íntimos sentimentos recalçados, tais como indiferença, negação, agressividade, assim como outros sentimentos que portam algo de nós mesmos sob a influência do mundo externo.

Por último, em relação a esse mundo externo, a própria realidade das duas pandemias parece ter frustrado muitas fantasias individuais. Tanto a pandemia da Gripe Espanhola quanto a da COVID-19 no Brasil produziram fatores biopsicossociais que representaram no passado, e representam hoje, riscos ao indivíduo e também à espécie humana. Este fato parece ter sido suficiente para abalar a relação do Eu com os seus desejos que sempre estiveram em conflito com a civilização antes mesmo da situação pandêmica.

## Considerações finais

Chegamos ao final deste capítulo sem pretensões conclusivas. Descrevemos e analisamos alguns efeitos psicossociais traçando comparações contextuais entre as pandemias da Gripe Espanhola e da COVID-19. A partir do nosso estudo, compreendemos a expressão de algumas experiências do passado e do presente com base no referencial psicanalítico.

Encontramos algumas limitações nessa trajetória. Uma destas refere-se à busca de dados históricos e informações sobre a pandemia da Gripe Espanhola que não são muito numerosos. Outra limitação diz respeito ao caráter inconclusivo da pandemia do Covid-19, a qual estamos atravessando e, além disso, outros efeitos psicossociais ainda poderão ser produzidos. Os estudos científicos estão em andamento, fazendo-nos recorrer a informações jornalísticas para obter dados. Contudo, a grande quantidade de *Fake News* na atualidade acende o alerta para a confiabilidade das notícias.

Levantamos a hipótese de que essas experiências catastróficas intensificam o mal-estar civilizatório, proporcionando uma nova configuração desse através de novas relações do Eu com o outro-pandêmico e com o mundo externo. Verificamos, a partir dos trabalhos pesquisados frente a estas situações impactantes, que ações humanas de toda ordem se apresentam como tentativas de minimizar o mal-estar.

Constatamos porém que não houve modificações estruturais na cultura no período que se sucedeu ao da Gripe Espanhola de 1918. Segundo Kolata (2002), o mundo seguiu normalmente e essa calamidade pública foi minimizada por muitos epidemiologistas, médicos militares, cientistas médicos que a atravessaram. A autora aponta para um silêncio evidenciado nos registros históricos, como se esse evento tivesse sido eliminado da memória coletiva da época, o que lhe causou surpresa – expressa em seu livro sobre a história da pandemia de 1918.

Curiosamente, podemos inferir que a cultura seguiu com seus conflitos e mal-estar. Freud (1930/1996), com seu olhar inovador a respeito da civilização, entende o homem como agressivo e sexualizado, controlado por leis e normas sociais, cuja função é mantê-lo em convívio harmônico com os outros. Le Rider (2002), comentador freudiano, diz que a sexualidade e a agressividade contidas pela cultura não apresentarão modificação alguma ao longo do tempo, pois para ele “... o fato psicossocial dos tempos modernos é a miséria psicológica da massa...” (p. 109). Diante disso, deixamos uma questão: podemos supor que o pensamento freudiano sobre o mal-estar na cultura, que persiste após um século, prevalecerá após a atual pandemia? À posteriori, outros trabalhos poderão surgir como cenas de próximos capítulos.

## REFERÊNCIAS

Bertucci, L.M. (2002). *Influenza, a medicina enferma. Ciência e prática de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. [Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas]. <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280640>.

Bertucci, L.M. (2009). A onipresença do medo na influenza de 1918. *Varia História*, 25 (42), 457-475. <https://doi.org/10.1590/S0104-87752009000200005>.

Brito, N.A. (1997). La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 4 (1), 11-30. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000100002>.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2020, junho). *Painel CONASS COVID-19*. <http://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>.

Freud, E. & Meng, H. (2009). *Cartas entre Freud & Pfister [1909-1939] – Um diálogo entre a psicanálise e a fé cristã*. Ultimato.

Freud, S. (1996). Totem e tabu. In M. A. M. Rego (Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 13, p. 13-164). Imago. (Originalmente publicado em 1913[1912-13]).

Freud, S. (1996). Psicologia de grupo e análise do ego. In M. A. M. Rego (Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, p. 74-146). Imago. (Originalmente publicado em 1921).

Freud, S. (1996). O futuro de uma ilusão. In M. A. M. Rego (Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, p. 12-64). Imago. (Originalmente publicado em 1927).

Freud, S. (1996). Mal-estar na Civilização. In M. A. M. Rego (Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, p. 66-151). Imago. (Originalmente publicado em 1930).

Goulart, A.C. (2005). Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12 (1), 101-142. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000100006>.



Hartmann, P. B. (2020, maio 29). *O impacto da pandemia por Covid-19 em pacientes com TOC – PEBMED*. <https://pebmed.com.br/o-impacto-da-pandemia-por-covid-19-em-pacientes-com-toc/>

Kolata, G. (2002). *Gripe: a história da pandemia de 1918*. Record.

Kovács, M.J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. Casa do Psicólogo.

Last, J.M. (Ed. 2001). *A dictionary of epidemiology*, (4<sup>th</sup> edition). Oxford University Press. [https://pestcontrol.ru/assets/files/biblioteka/file/19-john\\_m\\_last-a\\_dictionary\\_of\\_epidemiology\\_4th\\_edition-oxford\\_university\\_press\\_usa\\_2000.pdf](https://pestcontrol.ru/assets/files/biblioteka/file/19-john_m_last-a_dictionary_of_epidemiology_4th_edition-oxford_university_press_usa_2000.pdf)

Le Rider, J. (2002). Cultivar o mal-estar ou civilizar a cultura. In J. Le Rider, M. Plon, G. Raulet & H. Rey-Flaud. *Em torno de O mal-estar da cultura, de Freud*. Escuta.

Maia, B.R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>.

Ministério da Saúde (2020, maio). *Boletim Epidemiológico N17*. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25---BEE17---Boletim-do-COE.pdf>

Montero, M. (Coord). (1994). *Construcción y crítica de la psicologia social*. Anthroopos.

Neto, L.C.D. (2011). *A “Influenza Espanhola” de 1918/1919 na Cidade de Goiás*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em História]. <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/2313>.

Nobrega, N. (2020). Pessoas com toc podem sofrer mais durante a quarentena. *Folha de Pernambuco*. <https://www.folhape.com.br/NOTICIAS/2190-PES-SOAS-COM-TOC-PODEM-SOFRER-MAIS-DURANTE-QUARENTENA/135526/>

Organização Pan-Americana da Saúde (2020, junho). *Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)*. [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875)



Olinto, B. A. (1995). *Uma cidade em tempo de epidemia: Rio Grande e a Gripe Espanhola*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Pós-Graduação em História]. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/112233>.

Ornel, F., Schuch, J.B., Sordi, A.O. & Kessler, F.H.P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42 (3), 232-235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>.

Petit, D.A. (1976). *A Cruel Wind: America experiences pandemic Influenza, 1918 -1920 A social history*. [Doctoral Dissertation. University of New Hampshire], U.S.A.

Rydlewski, C. (2020, maio 29). O grande trauma pandêmico. *Valor Econômico, Eu & Fim de Semana*, 21 (1016), 10-14.

Sales, J.R. (2004). *A gripe espanhola em Varginha (MG) 1918 – Memória de uma tragédia*. Sul Mineira.

Sandes, A. (2020, maio 19). Com mais de mil mortes em um dia, Brasil tem um óbito a cada 73 segundos. *UOL*. <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/19/covid-19-mortes-por-segundo-no-brasil.htm>

Santos, C.F. (2020). Reflections about the impact of the SARS-COV-2/ COVID-19 pandemic on mental health. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42 (3), 329. <http://dx.doi.org/10.9771/cp.v13i2%20COVID-19.35978>

Silva, A.C. (2017). *Recife, uma cidade doente: a Gripe Espanhola no espaço urbano recifense*. [Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em História]. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/32740>.

Souza, C.M.C.S. (2007). *A gripe espanhola da Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. [Tese de Doutorado. Casa de Oswaldo Cruz. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde]. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6151>.

Souza Junior, H.S., Raasch, M., Soares, J.C. & Ribeiro, L.V.H.A.S. (2020). Da desinformação ao caos: uma análise das Fake News frente à Pandemia do Coronavírus. *Cadernos de Prospecção*, 13(2), 331-346. <http://dx.doi.org/10.9771/cp.v13i2%20COVID-19.35978>.

Tajra, A. & Marins, C. (2020, junho 6). Como há 100 anos. *UOL*. <https://noticias.uol.com.br/reportagens-especiais/ao-superar-35-mil-mortes-covid-19-se-torna-mais-letal-que-gripe-espanhola-no-brasil/index.htm#como-ha-100-anos>

Tinoco, P. (2020, abril 3). Em tempos de pandemia, cariocas criam ações para ajudar o próximo. *Veja Rio*. <https://vejario.abril.com.br/cidade/solidariedade-doacoes-quarentena-coronavirus/>

Varella, T. (2020, abril 10). A solidariedade se multiplica durante a pandemia de Covid-19. *Veja Saúde*. <https://saude.abril.com.br/bem-estar/a-solidariedade-se-multiplica-durante-a-pandemia-de-covid-19/>



# ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA CRISE SANITÁRIA DA COVID-19: o caso da Universidade de Brasília – UnB

*Maria Hosana Conceição  
Anamélia Lorenzetti Bocca  
Larissa Polejack Brambatti  
Laydiane Jales da Silva  
Ligia Cantarino  
Ilêno Izídio da Costa*

---

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuham/China, começava a epidemia da COVID-19, que rapidamente se espalhou pelo mundo. No Brasil, o 1º. caso foi confirmado em 26/02/2020 e até a data de 29/03/2020 já se somavam 4.256 casos confirmados e 136 mortes. O Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (MS/Fiocruz, 2020), disponibilizaram, nas suas páginas web, o Painel Coronavírus, com dados da pandemia em tempo real.

Alinhada aos trabalhos do MS e da Fiocruz, a Exma. Professora Márcia Abrahão, reitora da Universidade de Brasília (UnB), assinou o Ato N°. 0454/2020 que determina as ações do Comitê Gestor do Plano de Contingência da Covid-19 da UnB (COES) acerca de ocorrências relacionadas à Covid-19 na UnB, em consonância com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal (BRASÍLIA, 2020b). Numa outra frente, também importante, foi a criação, pelo Ato No. 0470/2020, do Comitê de Pesquisa, Inovação e Extensão (CPIE) de Combate à COVID-19 da UnB (BRASÍLIA, 2020d).

Assim, diante dessa demanda do Comitê COES, esse projeto tem como objetivo principal discutir as contribuições da Universidade de Brasília no contexto da crise sanitária da pandemia da COVID-19 desde as perspectivas do COES e da valorização da ciência. Até o momento, já foram produzidos o Questionário Google Forms para os estudantes responderem as suas demandas do tema da COVID-19, a criação da ação de extensão intitulada “Ações de Extensão do Sub-Comitê Acadêmico do Plano de Contingência da COVID-19 na UnB”, que já produziu as Lives, intituladas “Ciência e

pandemia: o que ainda precisamos aprender” (Talking, 2020a) e “O Papel do Farmacêutico no Combate à COVID-19” (Talking, 2020b). Os resultados mostraram a necessidade de se trabalhar com a pandemia COVID-19 tanto nos conceitos científicos da academia, quanto no aspecto social atual e no período pós COVID-19.

Em dezembro de 2019, ocorreu em Wuhan, China, um surto de pneumonia, até então, por causas desconhecidas, que se espalhou, rapidamente, em todo o país em apenas um mês. Em seguida, o patógeno desta doença foi confirmado, por métodos moleculares, como sendo um novo coronavírus que foi nomeado como *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)* (Lai et al., 2020; WHO, 2020).

No Brasil, o primeiro caso da COVID-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, ocorrido na cidade de São Paulo, com um brasileiro residente que havia retornado de uma viagem na Itália. Em 3 de fevereiro, foi publicada a Portaria MS/GM No. 188, que declarou a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (nCoV-2) (Saúde, 2020c). Essa normativa criou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE) coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), que contempla o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana (PCNIH) e tem a finalidade de estabelecer o nível de resposta a COVID-19 e a estrutura a ser criada e implementada em cada um destes níveis. Tal documento recomenda às Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Governo Federal, bem como aos serviços de saúde pública ou privada, agências, empresas “guiar-se pelo PCNIH na elaboração de seus planos de contingência e medidas de resposta”. Acrescenta ainda que “toda medida deve ser proporcional e restrita aos riscos vigentes” (Saúde, 2020b).

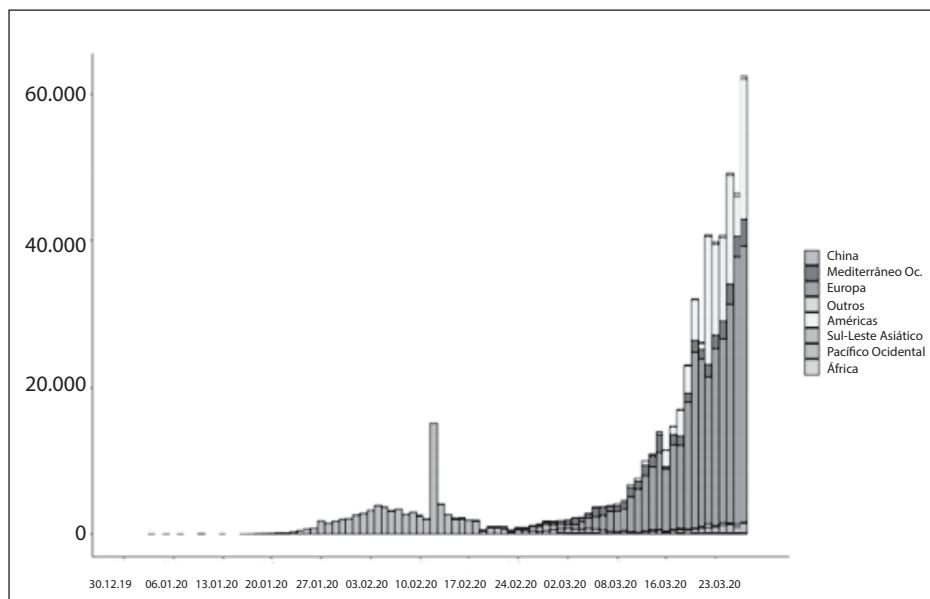
Nesse sentido, o Distrito Federal formulou seu Plano de Contingência para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, pelo novo coronavírus, para preservar a saúde da população do Distrito Federal (DF); suspendendo até 5 de abril/2020 as “atividades educacionais em todas as escolas, universidades e faculdades, das redes de ensino pública e privada” de acordo com o Art. 2º., inciso III do Decreto No. 40539, de 19 de março (Rocha, 2020).

Até 28 de março de 2020, o novo coronavírus, que causa a COVID-19, já havia afetado 710.290 pessoas, de todo o planeta; desse total, 526.006 se referiam a casos ativos, 150.734 a casos recuperados e 33.550 a casos fatais (Bing, 2020). Na Figura 1 é possível observar uma distribuição do número

de aparecimento de casos da COVID-19 por período de tempo nos continentes. Nota-se a concentração da pandemia, na China, na segunda quinzena de fevereiro e um aumento do número de casos, de uma forma gradual, no continente Europeu no mês de março. No entanto, a Figura 2A, ilustra o comparativo do número total de casos fatais, em dez países, no período de 23 de abril de 2020 a 23 de maio de 2020, destacando o Brasil em 6º. lugar quanto à população contaminada; por outro lado, a Figura 2B destaca o aumento de casos fatais, no Brasil, no período de um mês (WHO, 2020).

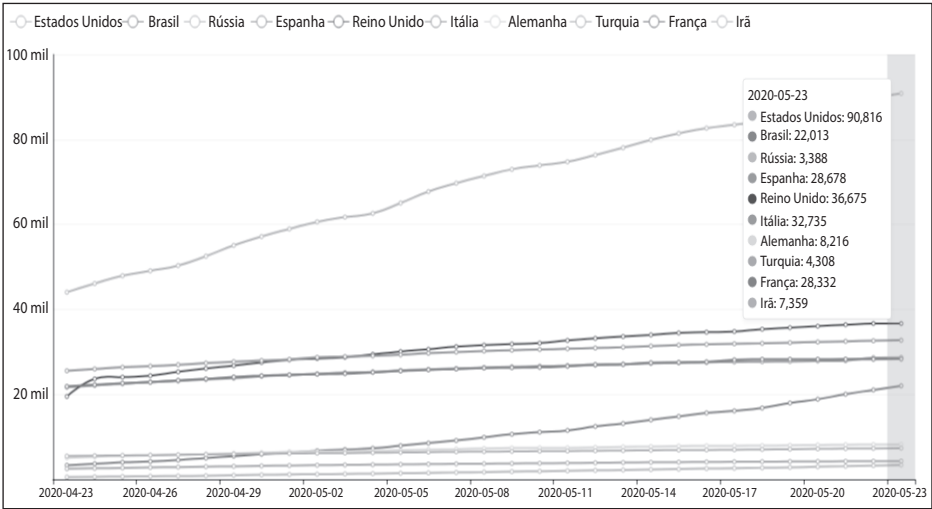
Por se tratar de um novo coronavírus, de alta transmissão e letalidade, muitos pesquisadores da área de virologia têm se dedicado ao estudo da COVID-19. Por exemplo, um grupo de pesquisadores de diferentes países como Holanda, Rússia, Estados Unidos, Alemanha, China e Espanha, membros do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus, reconheceu e nomeou o novo coronavírus como responsável pela síndrome respiratória aguda, termo em inglês, *SARS CoV2*, *Severeacute respiratory syndrome coronaviruses* (Gorbalenya et al., 2020).

**Figura 1** – Curva epidemiológica de casos confirmados da COVID-19 nos continentes

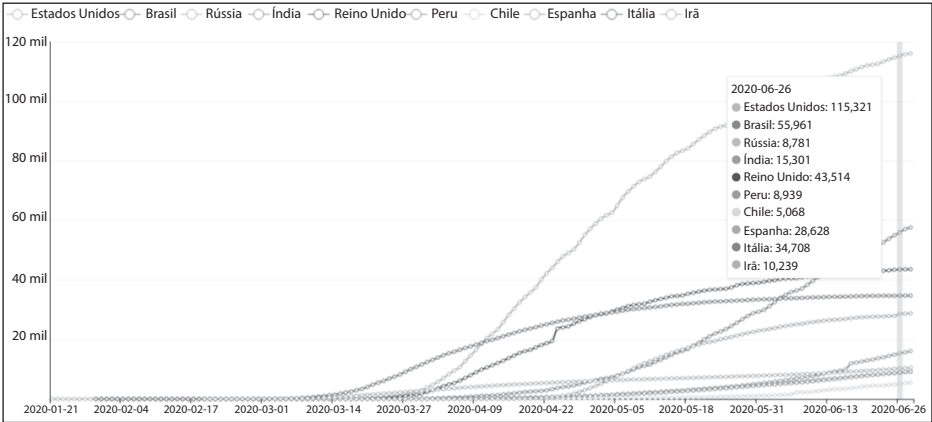


Fonte. Elaborada pelos autores e adaptada de (WHO, 2020).

**Figura 2 – Comparação de casos fatais entre dez países em dois períodos da pandemia da COVID-19**  
**A**



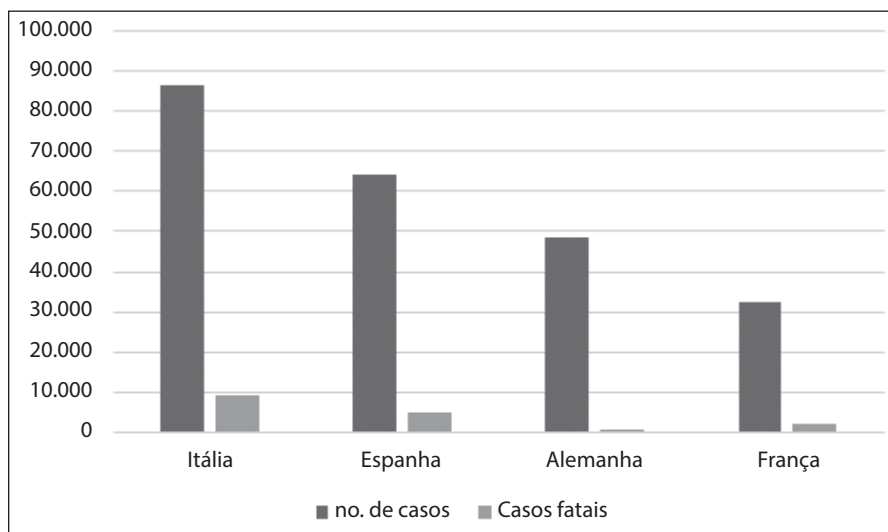
**B**



Fonte. Bing.com, rastreador da COVID-19 (<https://www.bing.com/covid>).

Para contextualizar a gravidade dessa pandemia, a Figura 3 ilustra os números de casos de contaminação, em quatro países da Europa, no bimestre de fevereiro e março de 2020, período em que a Itália representava o epicentro da pandemia da COVID-19.

**Figura 3** – Número de casos de contaminação pela COVID-19 em quatro países da Europa e casos fatais



Fonte: Elaborada pelos autores e adaptada de (WHO, 2020).

A pandemia causada pela COVID-19 tem provocado uma situação de emergência na saúde pública tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, caso do Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, MS, até a data de 29 de março de 2020 o Brasil havia registrado 4.256 casos confirmados do novo coronavírus e 136 mortes. Em 23 de maio de 2020, quase dois meses depois do primeiro caso, o Brasil já contava com mais de vinte mil mortes, e se tornava o epicentro da pandemia. Ainda de acordo com o MS, no período entre 16/02/2020 a 09/05/2020, foram notificados 1.119.804 casos suspeitos da COVID-19, sendo confirmados 117.598 (10,5%). Desses números 98,6% foram classificados por critério laboratorial, por meio de teste molecular (RT-PCR) ou teste rápido (TR). Segundo o mesmo Boletim, constam no e-SUS Notifica, que o acometimento da população pela COVID-19 tem, como principais manifestações clínicas; a tosse acometendo 73.482 (62,5%); a febre 65.029 (55,3%); a dor de garganta 35.979 (30,6%) e a dispnéia 31.309 (26,2%) (Saúde, 2020a).

Considerando que para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 tornam-se primordiais os cuidados de multiprofissionais da saúde, a Figura 4 ilustra um exemplo de cidadania e respeito aos profissionais da saúde do Hospital de Sevilla, Espanha, num ato em que os funcionários sanitaristas aplaudem, em frente ao Hospital, o trabalho com o enfrentamento à pandemia da COVID-19 que massacrava a Espanha no mês de março (Alfageme, 2020).



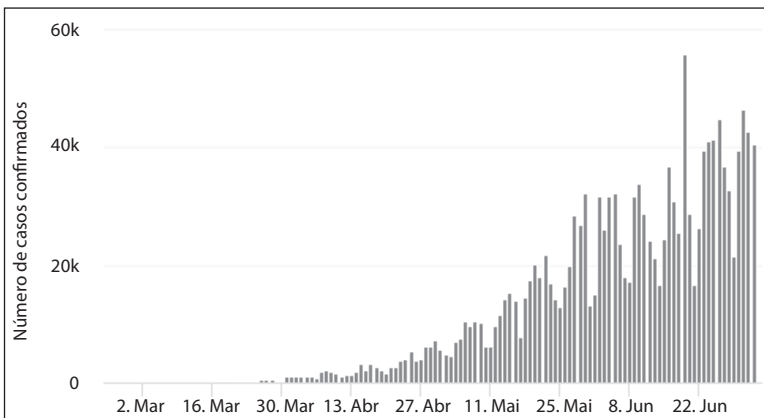
**Figura 4** – Ilustração de um grupo de sanitaristas espanhóis homenageando os profissionais da saúde



Fonte. Funcionários da Saúde do Hospital Del Virgen Macarena, de Sevilla, España em uma homenagem a equipe da saúde, ocorrido em 27/03/20, (Alfageme, 2020) disponível em: <https://elpais.com/sociedad/2020-03-28/necesito-volver-a-trabajar-y-sentir-que-hago-algo.html>, acessado em 29 de mar de 2020.

No Brasil, o Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parcerias com a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Universidade Federal de Viçosa (UFV) criaram o painel COVID19 que indica a projeção da doença conforme cálculos matemáticos, a Figura 5, ilustra a consulta desse painel COVID19 (Fiocruz, 2020).

**Figura 5** – Número diário de casos confirmados no Brasil



Fonte. (Fiocruz, 2020), com adaptações dos autores.

Pelos dados da Figura 5, consultando os números de casos confirmados nos dias 3 de abril (1.112) e 03 de julho (40.691), houve um aumento de 3.560% do número de casos confirmados, por dia, no Brasil.

## **A Pandemia e o Enfrentamento na Universidade de Brasília**

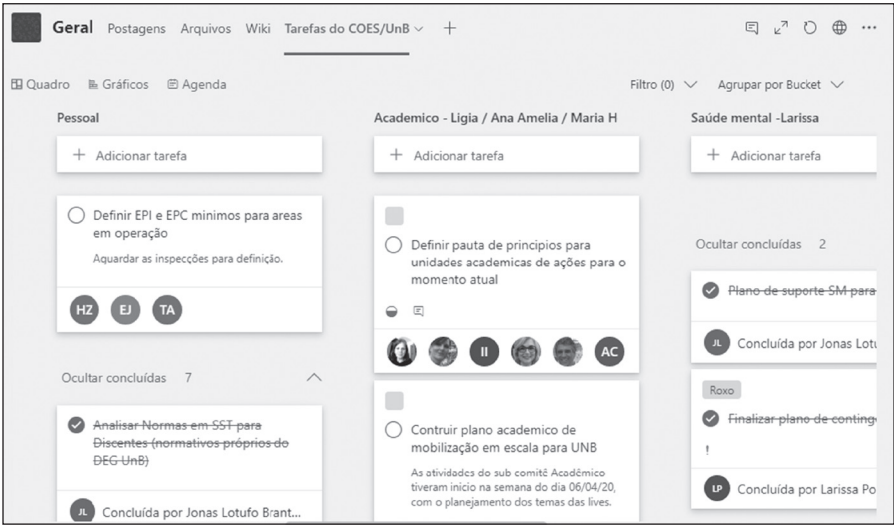
No dia 12 de março de 2020, devido à situação de saúde pública pela pandemia da COVID-19, a Exma. Reitora da Universidade de Brasília, Profa. Márcia Abrahão assinou o Ato No. 0392/2020, *suspendendo as atividades administrativas presenciais durante a vigência do Decreto nº 40.509, de 11 de março de 2020, ou de outras normas de conteúdo similar, em decorrência dos impactos no funcionamento da Universidade de Brasília (BRASÍLIA, 2020a)*. Desta forma, a UnB manteve suas rotinas de trabalho administrativo, principalmente, no ambiente remoto, nos quatro *campi*, realizando as atividades presenciais apenas para os serviços essenciais e de emergência devido à pandemia do novo coronavírus (SARS/CoV2).

### ***Ações do Comitê Gestor do Plano de Contingência da Covid-19 da UnB (COES)***

O Comitê Gestor do Plano de Contingência da Covid-19 da UnB (COES) foi originalmente criado, em 28 de fevereiro de 2020, pelo Decanato de Assuntos Comunitários (DAC), por meio do Ato 006/2020, antes mesmo do novo coronavírus chegar ao Brasil. Inicialmente previsto para contar com 15 membros de diferentes unidades acadêmicas, administrativas e representação estudantil. Por outro lado, em 19 de março de 2020, já instalada a pandemia, o COES foi vinculado ao Gabinete da Reitoria pelo Ato 0436/2020 (Costa, Costa, & Werneck, 2020). Atualmente, o COES é composto por vinte e cinco membros, sendo professores, técnicos e estudantes; que representam as unidades acadêmicas da FS, FM, IP, IB, FAV, HUB, FAC, FUP, FCE e FGA e administrativas a DASU/DAC, o DEG, o DGP, o INT, a SECOM a PRC e representação estudantil (DCE).

Dentre as especialidades dos membros do COES, se destacam os epidemiologistas, virologistas, imunologistas, infectologistas, especialistas da saúde coletiva, da medicina, da enfermagem, da biologia, da química, da psicologia, da comunicação, entre outros. A Coordenação Geral do COES é feita pelo Decano de Assuntos Comunitários (DAC), professor Ileno Izídio que elabora e coordena duas reuniões semanais, no ambiente remoto, da plataforma da *Microsoft Teams* (Figura 6).

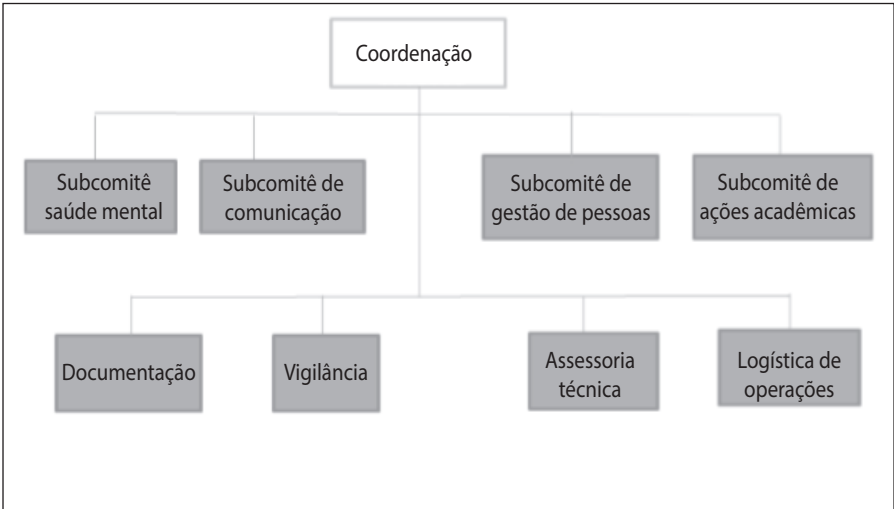
**Figura 6 – Exemplos de tarefas dos subcomitês do COES agendadas na plataforma da *Microsoft Teams*.**



Fonte: (COES, 2020).

A Figura 7 ilustra o fluxograma da gestão dos trabalhos do COES, dividido em quatro subcomitês: subcomitê de saúde mental e apoio psicossocial, subcomitê de comunicação, subcomitê de gestão de pessoas e subcomitê de ações acadêmicas.

**Figura 7 – Fluxograma da gestão do COES com as divisões de cada subcomitê**



Fonte: (COES, 2020), com adaptação dos autores.

## ***Ações do Subcomitê Acadêmico do COES (SCAc)***

O subcomitê Acadêmico (SCAc-COES) é o responsável para realizar as tarefas relacionadas ao ensino, à pesquisa e a extensão, dando suporte à coordenação geral do COES/UnB ao enfrentamento da pandemia da COVID-19 na UnB. De acordo com a Figura 7, o SCAC-COES está diretamente subordinado à Coordenação e com suas ações alinhadas aos demais subcomitês-COES.

Destacaremos as ações de Ensino e Extensão e os Estudos Prospectivos de Chamada de Projetos e Ações para o Combate à Covid-19 na UnB.

## ***Ações do Subcomitê Acadêmico (SCAc-COES) de Ensino e Extensão***

Dentre as suas atribuições, destaca-se o Projeto de Extensão, intitulado “Ações de Extensão do sub-Comitê Acadêmico do Plano de Contingência da COVID-19 na UnB”, devidamente, cadastrado no Sistema de Extensão (SIEX) e aprovado no mês de abril, pelo Decanato de Extensão (DEX). O projeto foi elaborado para ser realizado dentro do período de um ano, totalmente em ambiente remoto e tem como principais ações a realização de *lives*, de *chats* e a elaboração de vídeos, todos, priorizando o tema da COVID-19. Para gerenciar tais ações o projeto está foi inserido na plataforma, gratuita, *Trello* (Trello, 2020). A Figura 8 exemplifica a página do projeto de extensão administrado na Trello.

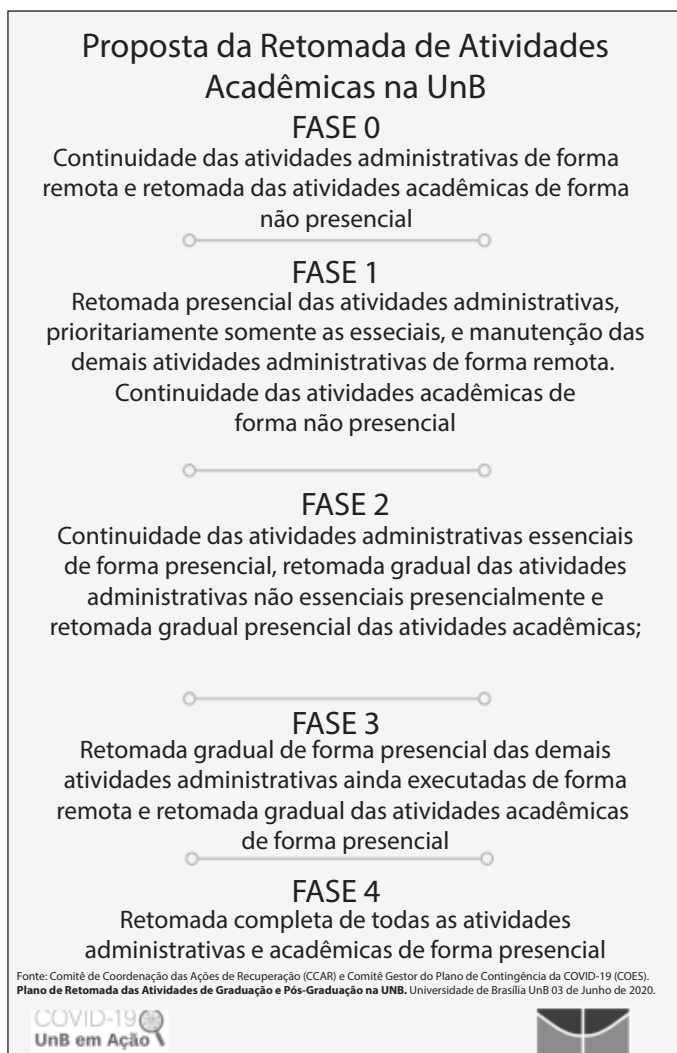
**Figura 8** – Exemplos de tarefas do projeto de extensão administradas na plataforma *Trello.com*



Fonte: Conceição (2020).

Ainda em relação às ações do subcomitê acadêmico, no âmbito do Ensino, os trabalhos estão sendo desenvolvidos em parceria com o Comitê de Coordenação de Acompanhamento das Ações de Recuperação (CCAR), criado pelo Ato No. 0557 de 6 de maio que tem como principal meta elaborar o planejamento da retomada, por fases, das atividades acadêmicas na UnB, observando critérios de segurança, saúde e cuidado com a comunidade acadêmica (Brasília, 2020c). A Figura 9 resume as fases da proposta de retomada das ações de recuperação.

**Figura 9** – Resumo das fases de recuperação



Fonte. (Reis, Costa, Costa, & Werneck, 2020).

Nesse momento, o CCAR enviou para cada unidade acadêmica, dos quatro campi, o documento, de 17 páginas, intitulado “Análise de dados acadêmicos da graduação 2020/1 e propostas aos colegiados de graduação e de Pós-Graduação e ao CEPE para a retomada não presencial de atividades acadêmicas (Fase 0). Prontamente, os diretores das unidades estabeleceram condições para avaliar e responder à CCAR.

### ***Ações do Subcomitê Acadêmico (SCAc-COES) de Pesquisa***

Em 12 de abril de 2020 a Exma. Reitora da Universidade de Brasília, Profa. Márcia Abrahão criou o Comitê de Pesquisa, Inovação e Extensão (CPIE) de combate à COVID-19 da Universidade da Brasília, com o Ato da Reitoria no. 0470/2020(BRASÍLIA, 2020d), destacando no Art. 3º. que “As ações do Comitê de Pesquisa, Inovação e Extensão de combate à COVID-19 da UnB deverão estar em consonância com as orientações do Comitê Gestor do Plano de Contingência da Covid-19 (COES) da UnB. Além disso, o Art. 4º., indica a realização da prospecção de projetos advindos das propostas das unidades da UnB.

Assim o CPIE, lançou, ainda em março, o Edital de Fluxo Contínuo para projetos voltados ao combate da Covid-19. Nesta segunda chamada prospectiva de propostas de projetos e ações de pesquisa, inovação e extensão, incluindo serviços tecnológicos, visando ao combate à COVID-19, foram apresentadas algumas dezenas de projetos em diversas áreas do conhecimento. O repositório completo pode ser acessado pelo link <http://repositoriocovid19.unb.br/projetos/>. Neste momento, as propostas que receberam o recurso dos órgãos de fomento estão sendo implantadas e para as demais propostas, que ainda não foram contempladas com recurso, a UnB está buscando entidades parceiras para a sua realização.

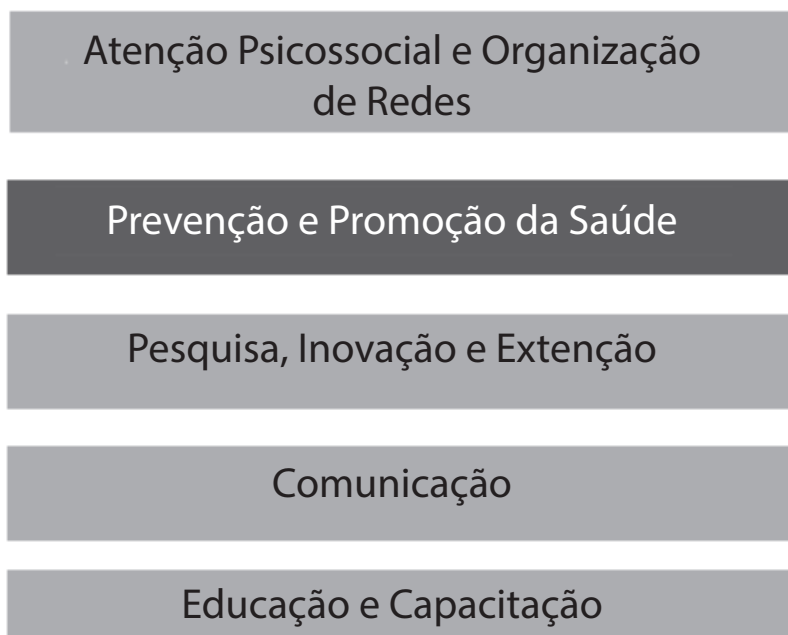
### ***Ações do Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SCSMAP)***

No dia 18 de abril de 2020, o professor Ileno Izídio da Costa, Decano de Assuntos Comunitários, criou o subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SCSMAP) à COVID-19, através do Ato do Decanato de Assuntos Comunitários (DAC) no. 022/2020 (BRASÍLIA, 2020e). O SCSMAP é coordenado pela professora Larissa Polejack, Diretora da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária (DASU) e conta com a participação de 55 membros, entre docentes dos quatro *campi* da UnB (e de diferentes formações,

tais como Psicologia, Medicina, Terapia Ocupacional, Letras, Engenharias, Comunicação, Epidemiologia, entre outras), técnicos administrativos e estudantes, além de representantes do Conselho Regional de Psicologia, Hospital Universitário e Secretaria de Saúde do DF.

Dentre outras funções, o SCSMAP *tem como objetivo de realizar estudos, ações, orientações e prestação de consultorias ao COES-COVID-19/UnB e à Administração Superior da Universidade de Brasília acerca dos impactos na saúde mental e na qualidade de vida da comunidade acadêmica da UnB*. Além disso, o SCSMAP tem a finalidade de se articular com parceiros da UnB e do Governo do Distrito Federal (GDF) para a construção de projetos e acolhimento em saúde mental, visando, principalmente, minimizar os efeitos da pandemia da COVID-19 nas comunidades da UnB e do GDF. A Figura 10 ilustra os cinco grupos de trabalho que fazem parte da equipe do SCSMAP.

**Figura 10** – Grupos de trabalho que pertencem ao Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial



Fonte: Murta (2020).

Como parte das suas ações, o SCSMAP elaborou um plano de contingência em saúde mental e apoio psicossocial definindo as atribuições de cada grupo de trabalho e de vários atores da Universidade de Brasília, como, por exemplo, as diretorias do Decanato de Assuntos Comunitários (DAC), do

Decanato de Graduação (DEG), do Decanato de Pós-Graduação (DPG), da Diretoria Central de Estudantes (DCE), do Centro de Atendimento e Estudos em Psicologia (CAEP), dentre outros; em cada fase da epidemia, para minimizar o impacto na saúde mental e, também, para fortalecer as relações de cuidado, de apoio e de solidariedade na Universidade conforme os princípios da promoção da saúde.

A construção do plano de contingência em saúde mental e apoio psicossocial foi embasada em conhecimentos da Psicologia das Emergências e dos Desastres, da Psicologia da Saúde e da Saúde Coletiva.

De acordo com Taylor e colaboradores as reações psicológicas a uma pandemia são dinâmicas e complexas. Apesar da maioria das pessoas ser resiliente ao estresse, o contexto pandêmico vem carregado de mudanças e necessidades de grandes adaptações e incertezas. Ansiedade e medo tornam-se predominantes com a chegada de uma pandemia e transtornos mentais como de humor, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático podem ser desencadeados pela exposição à mortalidade em alta escala, de entes queridos e de profissionais de saúde.

Diante deste cenário, Polejack et al. (2020, p. 11) descrevem que o objetivo do plano de contingência deve ser:

apresentar ações em saúde mental e apoio psicossocial, estrategicamente orientadas pelos cenários epidemiológicos, permitindo respostas adequadas, rápidas e oportunas dos diferentes serviços e agentes da UnB para prevenir, conter, acompanhar, tratar e mitigar os efeitos da pandemia da Covid-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2)

Desta maneira, o SCSMAP tem buscado oferecer ações de cuidado em saúde mental (atendimento psicológico individual e grupal, *online*, grupos terapêuticos para famílias enlutadas), atividades de prevenção à agravos (rodas de conversa sobre uso abusivo de álcool e outras drogas e orientações sobre alimentação e exercícios físicos) e também várias atividades de promoção da saúde tais como oficinas de técnicas diversas para manejo de estresse, terapia comunitária online, bate-papo literário (grupo pelo *WhatsApp*), atividade de escrita de cartas solidárias, campanhas de solidariedade dentre outras.

As ações têm sido divulgadas pelo Boletim quinzenal que é preparado pelo Núcleo de monitoramento e avaliação do Grupo de Trabalho (GT) de Pesquisa. Por exemplo, a Figura 11 ilustra os resultados das atividades intituladas Técnica de Relaxamento e Xô Stress e Cartas Solidárias aos Profissionais do SAMU, que fazem parte das ações de Atenção Psicossocial e Organização de Redes e da Prevenção e Promoção da Saúde, respectivamente.





atividades acadêmicas de forma gradual. Na atual fase da pandemia, ela está na etapa de recuperação, na fase 0, na estruturação das unidades acadêmicas nos quatro *campi* para a oferta de disciplinas *online*. Considerando a complexidade da UnB com a diversidade de dos seus cursos tanto de graduação quanto de Pós-Graduação, bem como o seu corpo docente, discente e técnico administrativo, os trabalhos do Subcomitê Acadêmico do COES (SCAc-COES) têm sido primordiais para nortear os demais grupos de trabalho de reestruturação e enfrentamento à COVID-19 na UnB nas propostas de reorganização e retomada das atividades acadêmicas segundo o modelo de fases de recuperação em conformidade com a situação sanitária.

As ações do Subcomitê de Saúde Mental e Apoio psicossocial têm possibilitado o exercício da interdisciplinaridade ao agregar docentes, técnicos e estudantes com diferentes formações e experiências, trabalhando de forma coordenada e coletiva buscando desenvolver ações de cuidado, fortalecimento de vínculos e apoio na Universidade e atuando de forma proativa para oferecer atividades de extensão para a comunidade do Distrito Federal. Esta experiência tem nos ensinado que o potencial da comunidade universitária é imenso e que é possível desenvolver ações de atenção à saúde mental e de promoção da saúde na Universidade. Outro aspecto importante é a atuação do SCSMAP em diferentes eixos, oferecendo cuidado psicológico tanto para aqueles que já estão sofrendo com agravos em saúde mental quanto para a prevenção e a promoção da saúde. Além disso, as ações do SCSMAP têm sido reconhecidas pela comunidade interna da UnB e a externa. Sugere-se a continuidade nas pesquisas sobre as diferentes intervenções que foram desenvolvidas até o momento, de forma a avaliarmos quais dispositivos podem trazer bons resultados em contexto de pandemias.

## REFERÊNCIAS

Alfageme, A. e Valdès, I. (2020). La Crisis del Coronavirus. Coronavirus: “Necesito volver a trabajar y sentir que hago algo” | Sociedad | *EL PAÍS* (elpais.com)

Brasília, Universidade de. (2020a). *Ato da reitoria N° 0392/2020*. Suspende as atividades administrativas presenciais durante a vigência do Decreto nº 40.509, de 11 de março de 2020, ou de outras normas de conteúdo similar, em decorrência dos impactos no funcionamento da Universidade de Brasília. Retrieved from UnB Notícias - Informe sobre coronavírus e atividades acadêmicas.

Brasília, Universidade de. (2020b). *Ato da Reitoria n° 0454/2020*. Criação do Comitê Gestor do Plano de Contingência da Covid-19 da UnB (COES). Retrieved from Comitê Gestor do Plano de Contingência da Covid-19 – Covid-19: UnB em Ação.

Brasília, Universidade de. (2020c). *Ato da Reitoria n° 0557/2020*. Institui o Comitê de Coordenação de Acompanhamento das Ações de Recuperação (CCAR), visando ao enfrentamento dos efeitos da pandemia de Covid-19 nas atividades administrativas e acadêmicas da UnB. Retrieved from <http://repositoriocovid19.unb.br/wp-content/uploads/2020/05/Ato-da-Reitoria-0557-2020.pdf>.

Brasília, Universidade de. (2020d). *Ato da Reitoria No. 0470/2020*. Criação do Comitê de Pesquisa, Inovação e Extensão (CPIE). Retrieved from Comitê de Pesquisa, Inovação e Extensão de Combate à Covid-19 – Covid-19: UnB em Ação.

Brasília, Universidade de. (2020e). *Ato do Decanato de Assuntos Comunitários – DAC No. 022/2020*. Cria o Subcomitê sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial e a COVID-19 no Âmbito do COES/UnB. Retrieved from [http://unb.br/images/Noticias/2020/Documentos/22042020\\_SEI\\_UnB-5205518-Ato022SM.pdf](http://unb.br/images/Noticias/2020/Documentos/22042020_SEI_UnB-5205518-Ato022SM.pdf).

Bing. (2020). *Rastreador do covid-19*. from <https://www.bing.com/covid>

Coes, C.G.d.P. d.C.-. (2020). Boletim coes/unb – covid-19. in UnB/DAC (Ed.), *Comitê gestor do plano de contingência da covid-19/coes* (Vol. Especial). Universidade de Brasília, Brasília DF.

Conceição, M. H. (2020). *O uso da plataforma trello para a gestão de projetos (Online)*. Retrieved 23 de junho <https://trello.com/b/7eJcPYdR/planejamento-coes-acad%C3%AAmico>

Costa, H., Costa, I.I.d., & Werneck, L.P. P. (2020). *Boletim coes-covid/unb*. Edição especial – fevereiro a maio/2020. 16. <http://www.unb.br/images/Noticias/2020/Documentos/202005-BoletimCOES.pdf>

Fiocruz. (2020). *Painel coronavírus brasil: Fundação oswaldo cruz*. Rio de Janeiro: <http://painel.covid19br.org/>.

Gorbalenya, A.E., Baker, S.C., Baric, R.S., de Groot, R.J., Drosten, C., Gulyaeva, A.A.,... Ziebuhr, J. (2020). <em>severe acute respiratory syndrome-related coronavirus</em>: The species and its viruses – a statement of the coronavirus study group. *bioRxiv*, 2020.2002.2007.937862. doi: 10.1101/2020.02.07.937862

Lai, C.-C., Liu, Y.H., Wang, C.-Y., Wang, Y.-H., Hsueh, S.-C., Yen, M.-Y.,... Hsueh, P. -R. (2020). Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (sars-cov-2): Facts and myths. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.02.012>

Murta, S.G., Andrade, P. A. e Vasconcelos, L.A. (2020). *Subcomitê em Saúde Mental e Apoio Psicossocial*. Coordenação: Larissa Polejack Brambatti. (3), 13.

Reis, C.B., Costa, H., Costa, I.I.d., & Werneck, L.P. P. (2020). *Boletim coes-covid/unb*. Semana de 08 a 12 de junho de 2020. <http://unb.br/images/Noticias/2020/Documentos/202006-5-BoletimCOES.pdf>

Rocha, I. (2020). *Decreto nº 40.539, de 19 de março de 2020*. Brasília DF: Diário Oficial do Distrito Federal Retrieved from [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Diario/c91c4a48-8f78-32a9-9e3f-a5352ac74821/DODF%20033%2019-03-2020%20EDICAO%20EXTRA%20\(A\).pdf](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Diario/c91c4a48-8f78-32a9-9e3f-a5352ac74821/DODF%20033%2019-03-2020%20EDICAO%20EXTRA%20(A).pdf).

Saúde, M.M.d. (2020a). *Coronavírus covid-19*. Brasília: <https://saude.gov.br/> Retrieved from <https://saude.gov.br/>.

Saúde, M.M.d. (2020b). *Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus 2019-ncov*. Centro de operações de emergências em saúde pública | coe-ncov d. S. Ministério (Ed.) Retrieved from <https://portal-arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/07/plano-contingencia-coronavirus-preliminar.pdf>

Saúde, M.M.d. (2020c). *Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara emergência em saúde pública de importância nacional (espin) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-ncov)*. Brasília DF: Retrieved from <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>.

Sheila Giardini Murta, Andrade, Priscila Almeida, & Vasconcelos, Laércia Abreu. (2020). *Subcomitê em Saúde Mental e Apoio Psicossocial*. Coordenação: Larissa Polejack Brambatti. (3), 13.

Soares, Higor Oliveira. (2018). *Desenvolvimento, Aplicação e Avaliação de um Serious Game como Ferramenta Auxiliar ao Ensino de Química* (Mestrado), Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/25229>

Talking, K. (Producer). (2020a, 15 de abril). *Ciência e pandemia: O que é preciso saber (live)*. (Soares) Retrieved from <http://repositoriocovid19.unb.br/repositorio-produtos/ciencia-e-pandemia-o-que-e-preciso-saber-keep-talking/>

Talking, K. (Producer). (2020b, 22 de março). *O papel do farmacêutico no combate à covid-19*. (Soares) Retrieved from [https://www.youtube.com/watch?v=M\\_JwgHvT2Qo&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=M_JwgHvT2Qo&feature=youtu.be)

Taylor, Steven. (2019). *The Psychology of Pandemics. Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*: Cambridge Scholar Publishing.

Trello (Producer). (2020). *Trello.Com*. Retrieved from <https://trello.com/b/7eJcPYdR/planejamento-coes-acad%C3%AAmico>

WHO. (2020). *Coronavirus disease 2019 (covid-19). Situation report – (BRASILIA, 2020e)69*. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200329-sitrep-69-covid-19.pdf?sfvrsn=8d6620fa\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200329-sitrep-69-covid-19.pdf?sfvrsn=8d6620fa_2)

# DONAS DE CASA: a (in)compreensão social

*Luciana da Silva Santos  
Gláucia Ribeiro Starling Diniz*

---

A invisibilidade do trabalho doméstico é reflexo do lugar marginalizado que as mulheres possuem na sociedade. Vistas, historicamente, como procriadoras – lugar delimitado por suas funções biológicas – as mulheres tiveram ratificado o lugar de subordinação na vida privada. Todavia, a sustentação desse papel e de seu impacto na sociedade ainda é carente de visibilidade. Torna-se necessário, portanto, nos debruçarmos sobre as atividades realizadas pelas mulheres que são, exclusivamente, donas de casa. Este capítulo tem como objetivo apresentar os resultados de uma pesquisa que investigou a percepção que homens e mulheres possuem sobre as donas de casa e os trabalhos realizados por elas. Serão, portanto, discutidas as semelhanças e diferenças nas visões que os membros da sociedade têm em relação à condição de vida dessas mulheres. Qual o significado de ser dona de casa na perspectiva de quem não exerce, exclusivamente, essa função? Que vantagens e desvantagens esse trabalho possui na percepção das pessoas? Essas são algumas das perguntas que o capítulo pretende discutir.

## **O trabalho doméstico**

O não reconhecimento das atividades domésticas teria sua origem na histórica discriminação que as mulheres têm sofrido e que desqualifica seu trabalho como sendo atribuição da sua condição feminina (Andrade, 2015, Boris, 2014; Lutz, 2007, Melo et al., 2007; Sousa & Guedes, 2016). Logo, o trabalho não-pago seria consequência e consequente da premissa “ser mulher, ser sem valor”. O fato é que a invisibilidade do trabalho doméstico é o resultado de múltiplos processos históricos, políticos, econômicos, sociais. As atividades desenvolvidas no espaço doméstico e sem remuneração, realizadas pelas mulheres, resultam da manutenção da crença de que a responsabilidade pela família e seus membros é delas, independente do fato de elas trabalharem fora do lar e também ocuparem o espaço público, produtivo, remunerado.

Todavia, existe um contingente de mulheres que foi no “contra-fluxo” de alguns movimentos feministas (Boris, 2014) e permaneceu no ambiente privado, dedicando-se aos cuidados da casa, dos/as filhos/as e do marido. Essas mulheres contribuem para manter viva a figura da “rainha-do-lar” na sociedade. Tal fato mostra a força dos processos de engendramento (De

Lauretis, 1994), assujeitamento (Mill, 2006) e dos dispositivos de gênero (Zanello, 2018) pelos quais as mulheres passam. Estes provocam modos de subjetivação que materializam e incorporar práticas cotidianas e de auto representações que propiciam a conservação dessas mulheres em papéis e funções legitimadas pela sociedade, muitas vezes com o seu próprio consentimento.

## Sobre a Pesquisa

A pesquisa envolveu a participação de 206 (duzentas e seis) pessoas de ambos os sexos moradoras do Distrito Federal ou de seu entorno. Para participar era necessário ser maior de 18 anos, alfabetizadas e não ser dona de casa, exclusivamente. Do total: 101 (49%) foram mulheres e 105 (51%) homens. 70% variando de 31 a 50 anos, 51,5% eram casados/as e 65,5% com ensino superior. Quanto às atividades profissionais, 39,8% funcionários/as de empresas privadas (caixa, gerente, atendente, bancário/a, etc.), 33,4% trabalhavam como profissionais liberais e/ou autônomos (fisioterapeutas, ambulantes, advogados/as, consultores/as, etc.), 19,9% funcionários/as públicos/as e 7% estudantes. A renda pessoal de maior frequência (40,6%) variou de um a três salários mínimos; e a renda familiar (30,1%) entre quatro a oito salários mínimos. Dentre os participantes 85,9% conheciam algumas donas de casa, sendo 63,4% com algum parentesco. A análise do perfil da amostra revelou heterogeneidade, através de cruzamento de dados realizado com auxílio do pacote estatístico SPSS versão 20.0.

Nessa pesquisa foram aplicados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e um questionário aberto. Os/as participantes foram abordados, de forma aleatória, na entrada de alguns *Shoppings Centers* do Distrito Federal (Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia) e na Rodoviária do Plano Piloto. Para atender ao rigor da aleatoriedade da amostra, os/as pesquisadores/as voluntários/as da pesquisa contavam o número de homens e mulheres, separadamente, que adentravam os *Shoppings* ou estavam nas filas de espera dos ônibus, de 1 a 10, e somente a 10ª pessoa era abordada pelo/a pesquisador/a. Após a aplicação dos questionários se iniciava uma nova contagem para convocar o/a próximo/a participante. Caso este/a não quisesse participar ou não atendesse aos critérios de inclusão, uma nova contagem era realizada e assim foi feito sucessivamente.

Após anuência do/a participante era lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida era entregue o questionário sociodemográfico e, posteriormente, eram entregues 3 folhas contendo em seu cabeçalho as respectivas “perguntas disparadoras”:

– Para você, o que significa ser dona de casa?

- Em sua opinião, quais as desvantagens de ser exclusivamente dona de casa?
- Em sua opinião, quais seriam as vantagens de ser exclusivamente dona de casa?

## O que foi apreendido

A análise das respostas abertas foi feita através da técnica Análise de Conteúdo (Bardin, 2006), que permite esforços interpretativos que atendem ao rigor da objetividade expressa na fala dos/as participantes. A partir das respostas apresentadas às três perguntas disparadoras, a análise de conteúdo temático produziu 3 (três) unidades temáticas, relativas às perguntas realizadas: 1) Significado de ser dona de casa, 2) Desvantagens de ser dona de casa, e 3) Vantagens de ser dona de casa. Essas unidades temáticas possibilitaram a construção de categorias a partir dos registros e da codificação dos textos produzidos pelos/as participantes. Esta codificação das respostas pode aumentar a quantidade da frequência encontrada em cada categoria. Logo, embora tenham sido 206 participantes, o número de respostas pode ser maior em cada unidade temática, uma vez que a mesma pessoa pode ter dado mais de uma resposta e/ou ter sido inserido em mais de uma categoria.

## *Significado de ser dona de casa*

A primeira unidade temática foi trabalhada a partir da questão “*O que significa ser dona de casa?*” A Tabela 1 traz as frequências absoluta e relativa de ocorrência das categorias identificadas.

**Tabela 1** – Categorias da unidade temática “Significado de ser dona de casa”

| <b>Categorias</b>      | <b>Frequência Absoluta</b> | <b>Frequência Relativa</b> |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Cuidar da família      | 95                         | 31%                        |
| Administrar o lar      | 79                         | 26%                        |
| Afazeres domésticos    | 66                         | 22%                        |
| Trabalho desvalorizado | 53                         | 17%                        |
| Papel da mulher        | 14                         | 4%                         |
| Total                  | 307                        | 100%                       |

Nesta unidade foram contabilizadas 307 respostas. Verificou-se que as/os participantes, em geral, possuem uma compreensão do trabalho da dona de casa como voltado, principalmente, ao cuidado da família e à administração do lar, totalizando 57% das respostas obtidas. Na categoria Cuidar da família foram mencionados aspectos ligados aos cuidados com filhos/as, marido, parentes e demais membros moradores da residência. Foram contempladas as respostas



que apontavam para o cuidado realizado pela dona de casa com os membros de sua família. Dentre as 95 respostas ficou evidente uma diferença na quantidade de respostas dadas por homens (55,8%) e mulheres (44,2%), o que sugere que o significado do trabalho da dona de casa para os homens está relacionado ao ser promotora de um ambiente privado favorável ao seu bem-estar e ao cuidado dos filhos. Apesar dos discursos de homens e mulheres terem sido semelhantes, as respostas das mulheres que remeteram ao cuidado da família, tinham, em sua maioria, preocupações com os entes da família de uma forma mais afetiva.

A Organização Internacional do Trabalho (2011a) aponta que as responsabilidades familiares são “As responsabilidades de trabalhadores/as em relação a filhos, adultos e pessoas com doenças ou deficiências. Constituem atividades não remuneradas que permitem o funcionamento da sociedade e a reprodução da força de trabalho” (p. 2). Percebe-se que os/as participantes atribuem à dona de casa a responsabilidade e o cuidado pelos entes da família. E é inegável o quanto esse mecanismo afeta a (des)igualdade de oportunidades e tratamentos que são dados aos homens e às mulheres porque esse cuidado com a família – apresentado pelos/as participantes – recai fundamentalmente sobre elas. Tal fato é, muitas vezes, o que as afasta do trabalho produtivo e é acentuado pelos “estereótipos tradicionais que associam o papel de cuidadora à função “natural da mulher”. (Organização Internacional do Trabalho, 2011b, p. 1).

Esse dado reafirma os mesmos indicadores que a literatura pauta a respeito das donas de casa como cuidadoras dos entes da família (Andrade, 2015, Birolli, 2016; Boris, 2014; Carrasco, 2006; Delfino, 2012; Santos & Diniz, 2011, Sousa & Guedes, 2016), ou seja, esse é um papel atribuído a essas mulheres e mantido por elas. O significado de ser dona de casa é marcado pelo cuidado da família, que por sua vez é compreendido como um trabalho não-remunerado e “naturalmente” um papel feminino. Ao ser visto como algo atrelado à natureza da mulher, não seria um trabalho e sim uma função, um papel sem valor econômico e, provavelmente por isso, desqualificado. Conforme afirma Boris (2014, p. 117): “Todos podemos desejar um reino de liberdade, mas o trabalho de *care* (cuidar) é, pela sua própria natureza, um mundo de obrigação”.

Na Categoria *Administrar o lar* houve o registro de 40 respostas vindas de mulheres e 39 de homens. Foram reunidas frases e/ou palavras que registraram aspectos do trabalho da dona de casa como indispensáveis ao funcionamento do lar, à gestão da vida doméstica, à responsabilidade financeira e à toda administração da residência. Essa compreensão do significado de ser dona de casa encontra ressonância nos trabalhos de Delfino (2012) e Durán (1983) que, em épocas diferentes, discutem as mesmas atribuições das donas de casa como envolvendo uma gama de atividades feitas no intuito de

organizar o funcionamento da casa. Cabe a elas cuidar da manutenção da casa, da preservação dos bens, do controle das compras e gastos, entre outras tarefas.

Quase 60% das pessoas que emitiram respostas nessa categoria são provenientes da classe média. Esse dado é curioso e relevante quando se avalia que a percepção que essas pessoas possuem da dona de casa está ligada ao funcionamento dela como gestora e não como doméstica – executora direta do trabalho doméstico. Em pesquisa anterior, realizada com donas de casa de diferentes classes sociais, Santos (2008) verificou que as donas de casa que são provenientes de realidades econômicas mais abastadas também apontaram como sendo suas principais atribuições a gestão e a condução da casa. Em contrapartida, as mulheres de classe econômica menos favorecida apontaram os afazeres domésticos: lavar, passar, limpar, arrumar, cozinhar, etc. como atividades mais relevantes da dona de casa.

Esse dado é reforçado na categoria *Afazeres domésticos*, que obteve 66 respostas (sendo 35 de mulheres e 31 de homens), onde 68% das respostas dessa categoria são provenientes de pessoas de classes sociais menos favorecidas. Para a população com um poder aquisitivo mais baixo as menções feitas foram, basicamente, referentes às atividades laborais que as donas de casa desenvolvem no lar. Esses afazeres domésticos realizados pelas mulheres e percebido pelos/as participantes como atividade realizada por donas de casa, corroboram com os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) ao mostrar que “mesmo que os homens estejam inseridos no contexto das tarefas domésticas, a média de horas semanais gastas em afazeres domésticos pelas mulheres brasileiras é mais que o dobro da média apresentada pelos homens” (Bidarte & Fleck, 2019, p. 92).

É interessante ressaltar outras respostas que foram dadas nessa unidade temática. Alguns discursos dos/as participantes apontaram que os trabalhos das mulheres donas de casa, embora importantes para a família e para a sociedade em geral, é um *Trabalho desvalorizado*. Embora essa categoria tenha tido um percentual relativamente pequeno (17%), é interessante refletir que já na primeira pergunta disparadora sobre o “significado de ser dona de casa” 53 respostas obtidas versavam sobre a desvalorização do trabalho, sendo 47,2% apontadas por mulheres e 52,8% por homens.

Saffioti (1987) e Bruschini (2006) já traziam questões a respeito do trabalho desvalorizado das donas de casa por este significar uma atividade reprodutiva e não haver reconhecimento desse como produção de mercadorias – infelizmente, esse trabalho continua visto como ‘inatividade econômica’. Esse trabalho permanece, portanto, como trabalho invisível pelo fato de o trabalho da dona de casa ser realizado em espaço doméstico e sem remuneração (Lutz, 2007). E, em decorrência, limita a ocupação desta mulher no espaço

público e de poder (Birolli, 2016; Boris, 2014). Nessa ordem, a desvalorização do trabalho da dona de casa parece também ser reflexo de valores trazidos na bagagem do capitalismo, que mede as pessoas e suas atividades por meio do poder aquisitivo que elas possuem. Assim, a dona de casa não seria reconhecida por não ser qualificada como produtora de benefícios econômicos. Mesmo sendo chamadas de “rainhas-do-lar”, o valor da dona de casa é diminuído por não produzir mercadorias ou excedentes a serem explorados pelo sistema econômico em vigor (Boris, 2014; Carrasco, 2006; Durán, 1983).

A última categoria encontrada e com um número pequeno de respostas foi compilada numa quinta categoria dessa unidade temática, intitulada *Papel da mulher*. Apenas 4% (14 de 307 respostas) afirmaram que ser dona de casa é uma atribuição da “condição feminina”. 6 homens (46,2%) e 8 mulheres (53,8%) deram respostas apontando que “o significado de ser dona de casa era o mesmo que ser mulher” ou que era “uma atividade de mulheres”.

Embora essa categoria tenha obtido um número diminuto de representação, o que pode apontar para uma possível revisão de papéis, demonstra, ainda assim, a atribuição de domesticidade às mulheres e uma provável manutenção da expectativa social de que as mulheres continuem a ocupar esse lugar. A quantidade de discursos oferecidos, inclusive e principalmente pelas mulheres nessa pesquisa, demonstra o quanto elas – mesmo em trabalhos pagos e independente de faixa etária ou estado civil – se identificam com o papel de donas de casa.

A Convenção nº. 156 e Recomendação nº. 165 da OIT versam sobre a igualdade de oportunidades e tratamentos, medidas de apoio para garantir o acesso, a permanência e a reintegração de trabalhadores/as com responsabilidades familiares (Organização Internacional do Trabalho, 2011a). De fato, há um desequilíbrio da distribuição das atividades domésticas entre homens e mulheres, marcado pela dualidade tradicional da divisão de trabalho entre os sexos. Ainda que tenha aumentado a participação de homens nos afazeres domésticos (em algumas regiões), ainda é assimétrica a divisão das atividades (Bidarte, 2018; Bidarte & Fleck, 2019).

Torna-se necessário problematizar a respeito da manutenção desses papéis. E, assim, compreender onde surge a autorização para que a mulher ocupe o espaço público e não para que o homem ocupe também funções no espaço privado. Paradoxalmente, como aponta Mill (2006), é, principalmente, no espaço doméstico, que o homem tem o domínio ao exercer o poder quando se torna “chefe de família” na vida privada. É, portanto, no contexto da família que são mantidas e reforçadas as relações assimétricas que permitem ao homem ocupar um lugar de autoridade, muitas vezes em decorrência dos dispositivos da eficácia (Zanello, 2018), pela manutenção do estereótipo de provedor desta família (Lutz, 2007). Logo, não é que o homem

não ocupe tal espaço, ao contrário, ele até pode o dominar, mas permanece isento quanto ao envolvimento com as atividades domésticas que ele pouco ou nunca desempenha.

### ***Desvantagens de ser dona de casa***

Essa unidade de análise foi fomentada pela pergunta “*Em sua opinião, quais seriam as desvantagens de ser, exclusivamente, dona de casa?*”. Foram sistematizadas 301 respostas, obtendo-se 06 (seis) categorias, conforme a Tabela 2 apresenta.

**Tabela 2** – Categorias da unidade temática “Desvantagens de ser dona de casa”

| <b>Categorias</b>        | <b>Frequência Absoluta</b> | <b>Frequência Relativa</b> |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Aspectos financeiros     | 81                         | 27%                        |
| Limitação social         | 56                         | 18%                        |
| Desvalorização           | 48                         | 16%                        |
| Rotina                   | 44                         | 15%                        |
| Comprometimento psíquico | 41                         | 14%                        |
| Sem profissão            | 31                         | 10%                        |
| Total                    | 301                        | 100%                       |

Na categoria Aspectos financeiros, que obteve 27% das respostas dadas nessa unidade de análise, são explicitadas as percepções apresentadas por mulheres (54,3%) e homens (45,7%) a respeito dos aspectos desvantajosos da função das donas de casa em relação à questão financeira, pelo fato da mulher não ser remunerada e, conseqüentemente, depender financeiramente de outras pessoas. A dependência econômica nas donas de casa pode gerar uma sensação de que as suas atividades são realizadas em troca ou retribuição. Durán (1983) e Saffioti (1987), há mais de 30 anos, já analisavam que muitas vezes essas mulheres podem se obrigar a realizar as atividades em “agradecimento” a quem custeia sua casa, alimentação, vestuário, necessidades pessoais, etc. O mesmo cenário foi encontrado em pesquisa realizada por Santos (2014). As donas de casa relataram que a falta de autonomia financeira muitas vezes as levam a sentirem que não têm autonomia pessoal, elas podem se sentir aprisionadas aos afazeres e às relações estabelecidas no espaço doméstico.

A mesma pesquisadora (Santos, 2008; 2014) revelou que mulheres donas de casa não se consideram profissionais pelo fato de não obterem remuneração e, logo, de não haver uma valorização de suas atividades. Elas também apontaram que depender financeiramente do esposo dá a ele um lugar privilegiado e, em certa medida, as aprisiona – em especial àquelas que possuem uma realidade econômica menos favorecida.

Outro aspecto apontado em 56 respostas, sendo 53,6% dada por homens e 46,4% por mulheres, como desvantagem em ser dona de casa, foi a *limitação cultural* à qual estas podem ser submetidas. As respostas abordaram o fato delas não terem especialidade profissional, de não estudarem, de ficarem reclusas ao espaço do lar e atentas especialmente às relações domésticas.

Conforme verificado nas pesquisas de Oliveira-Cruz (2016) e Santos (2008; 2014), a representação que as pessoas possuem sobre as donas de casa é de que essas mulheres não estão atualizadas por estarem isoladas socialmente, por seus vínculos afetivos serem provenientes unicamente da família e por estarem muito distantes do mercado de trabalho. Se por um lado essa imagem ratifica o trabalho solitário, a reclusão social e a falta de pares, por outro manifesta o estigma de que a mulher dona de casa não é uma pessoa interessante e reforça a visão que as próprias donas de casa têm sobre si.

Sabe-se que o espaço doméstico não é mais tão privado e recluso como o modelo pautado durante a industrialização, onde a divisão de papéis e trabalhos masculinos e femininos eram mais explícitos (Hirata, 2002; Rocha-Coutinho, 2005). Torna-se importante ressaltar que o acesso às redes sociais e às relações no ambiente virtual ressignificam os espaços físicos e o distanciamento social. No entanto, aparentemente as donas de casa, em geral, podem carecer de recursos conjunturais que as levem a ter outros espaços de socialização além dos oferecidos pelos vínculos familiares e acabam por limitar a democratização na ocupação de espaços (Birolli, 2016). As barreiras sociais e culturais aventadas aqui demonstram a compreensão que se possui a respeito das limitações que o ambiente privado/doméstico representa na vida dessas mulheres donas de casa.

É preciso, todavia, fazer um recorte para se avaliar os atravessamentos de classe nesse item. Em pesquisa realizada anteriormente por Santos (2008) foi possível verificar que as mulheres donas de casa de classe baixa não têm acesso à cultura, educação nem lazer. Além do mais, têm o tempo restrito devido aos afazeres laborais intermináveis do ambiente doméstico, o que as limita, basicamente, à convivência familiar e/ou religiosa em algumas situações. Já as donas de casa de classes média e alta, possuem recursos que permitem acesso à cultura, educação e lazer. Essas mulheres assistem a espetáculos, fazem viagens, participam de cursos e têm grau de instrução satisfatório, algumas inclusive possuem Pós-Graduação. Pela disponibilidade de tempo também podiam frequentar, assiduamente, outros espaços tais como clubes, academias, igrejas, etc., a depender de seus interesses. Assim, avalia-se que as limitações sociais e culturais apresentadas pelos/as participantes devem ser

relativizadas quanto aos aspectos econômicos e de estratificações sociais que delimitam diferentes possibilidades e práticas das donas de casa.

A terceira desvantagem de ser dona de casa citada em 48 respostas foi sintetizada na categoria *Desvalorização*. Nesse tópico foram reunidos os conteúdos que fizeram referência à falta de valorização das donas de casa e aos fatores correlatos decorrentes do não reconhecimento de suas atividades. As respostas dessa categoria assemelharam-se às obtidas na categoria “*Trabalho desvalorizado*” da unidade de análise anterior, em particular pelo fato de que os discursos se pautaram na falta de valorização do trabalho. Esse aspecto está relacionado a todas as dimensões do espaço doméstico, ou seja, divisão de papéis pelo binarismo de sexo, invisibilidade do trabalho reprodutivo, normatização capitalista da geração de excedentes de consumo que a falta de remuneração representa, entre outros itens que já foram discutidos nesse texto.

Cabe mencionar que 60,6% das respostas nessa categoria foram dadas por mulheres. Assim, acredita-se que mais uma vez pode ter havido identificação das participantes – que trabalham fora – com as atividades desenvolvidas no espaço doméstico pelo fato de, provavelmente, as mesmas serem as principais responsáveis pelo cuidado do lar e da família, ou por supervisionar e administrar esses cuidados caso possuam empregadas domésticas e também não se sentirem reconhecidas, em especial pela família – conforme relatos obtidos.

A quarta categoria encontrada na unidade temática desvantagens de ser dona de casa foi intitulada *Rotina*. Nessa categoria foram encontradas respostas que apontavam para o reconhecimento da presença de atividades repetidas, contínuas, inacabadas, invisíveis, como fatores provenientes do dia a dia da dona de casa. Foram 44 menções nessa categoria, 23 respostas dadas por mulheres (52,3%) e 21 dadas por homens (47,7%).

As falas corroboram a análise de Delfino (2012). Segundo a autora, cabe à dona de casa articular o tempo que será gasto com as tarefas, prever as necessidades de cada membro da família, cuidar da saúde e educação de filhos, promover um espaço harmonioso ao marido, verificar a compra de objetos e aparelhos que contribuem para o funcionamento adequado do lar, se ocupar com organizações financeiras e compras para os conviventes, além de fazer ou delegar todas as atividades de limpeza da casa – o que, sem dúvida, onera e cansa as mulheres que desempenham esse papel.

Como se não bastasse, o trabalho realizado pelas donas de casa costuma não ser visto, é constantemente desfeito, além de estar sempre inacabado. Essas características do trabalho doméstico provocam a sensação de que nada foi feito antes, o que reforça a ideia de invisibilidade desse trabalho. O trabalho realizado pela dona de casa, além de ser doméstico e sem remuneração,

como assinalado pelos/as participantes desta pesquisa, também é invisível pelo produto que (não) apresenta. Na verdade, ele só aparece quando não foi realizado, ou seja, apenas quando a casa não foi limpa e a comida não foi feita

Adicionado a isso, ainda tem o fato de o trabalho realizado não ter um horário para iniciar ou findar por ser praticado no ambiente privado. Torna-se importante mencionar ainda o fato do exercício da função de dona de casa estar fundida ao exercício de outros papéis – principalmente o de esposa e de mãe, além de filha e nora – cabendo a elas ser, muitas vezes, responsáveis também pelo cuidado com os idosos da família. As múltiplas atividades de serviço e de cuidado exercidas pelas donas de casa geram uma rotina cansativa quando somada à desvalorização de suas funções.

Outro aspecto interessante apontado como desvantagem de ser exclusivamente dona de casa foi a percepção tanto dos homens quanto das mulheres de que a dedicação ao trabalho doméstico não remunerado, leva as mulheres a não reconhecerem seu próprio trabalho. Ademais, por viverem em função de atender às necessidades dos outros membros da família elas tendem a não darem atenção às suas próprias necessidades. Acabam por não valorizarem nem a si mesmas e nem ao seu trabalho. Esses fatos podem gerar um possível mal-estar nas donas de casa e provocar adoecimentos, conforme apontado em 41 respostas agrupadas na categoria *Comprometimento psíquico*.

Aqui foram computadas 21 respostas dadas por homens e 20 respostas fornecidas por mulheres. Em várias respostas reconheceram o fato de que as condições do trabalho das donas de casa (invisibilidade, desvalorização, falta de remuneração, etc.) associadas à forma como elas tendem a conduzir seu trabalho (abnegando-se e recluindo-se) pode levar a adoecimentos psíquicos.

A literatura (Araújo et al., 2005; Gonçalves & Kapczinski, 2008; Moral et al., 2011; Santos & Diniz, 2018, Senicato et al., 2016; Senicato et al., 2018) aponta que mulheres com alta sobrecarga de atividades domésticas – grupo no qual incluem-se as donas de casa – apresentam prevalências elevadas de Transtornos Mentais Comuns, prioritariamente os quadros de ansiedade e depressão. Em pesquisa relacionando a inserção no mercado de trabalho e a qualidade de vida à saúde (QVRS) de mulheres, verificou-se que “foram as donas de casa que apresentaram pior QVRS” (Senicato et al., 2016, p. 1).

Avalia-se, portanto, que as atividades das mulheres donas de casa, por possuírem elevada importância para o bem-estar e sobrevivência da família, assim como pelo fato de agregarem uma multiplicidade de papéis, também podem levar a conflitos pessoais, vocacionais, de interesse, assim como a conflitos inter-relacionais.



Na categoria *Sem profissão*, com 14%, foram agrupadas respostas de mulheres (54,8%) e homens (45,2%) que apontaram para o fato de que não é gratificante ser dona de casa por estar fora do mercado de trabalho e não atender à expectativa social de ter uma profissão. As/os participantes mencionaram o isolamento social e a falta de possibilidade de crescimento pessoal. Destacaram ainda a desvantagem dessas mulheres de, conseqüentemente, não possuírem certas seguranças trabalhistas, como a previdência social. O ponto de vista revelado nessas falas deixa claro que o fato de não ser uma profissão socialmente reconhecida representa uma grande desvantagem do trabalho doméstico não-pago. Seu exercício não assegura às donas de casa qualquer aspecto contratual legal que, em geral, os outros trabalhos possuem, tais como salário, férias, 13º, horas extras, aposentadoria, auxílio doença, dentre outros.

Quanto a esses dois últimos itens, em agosto de 2011 foi sancionada a Lei nº 12.470 que permitiu o recolhimento do INSS por parte das donas de casa para terem benefícios previdenciários. Esta Lei, no entanto, possui ressalvas quanto aos benefícios recebidos, a renda familiar e a porcentagem de contribuição. E, de fato, a escassez de políticas que promovam um suporte para as donas de casa é extremamente reforçadora do não reconhecimento do papel que elas possuem para o desenvolvimento, inclusive econômico, e da sociedade. É fundamental que seja mensurado que as donas de casa dão suporte para que as demais pessoas da família troquem seus trabalhos por bens de consumo, que as atividades realizadas desoneram o próprio Estado e, ainda, por ocuparem a última fase do processo de produção – escolhendo as mercadorias e utensílios para a família (Delfino, 2012; Durán, 1983; Melo et al., 2007).

### ***Vantagens de ser dona de casa***

Nesse item, 32 participantes escreveram apenas a palavra “nenhuma” ou a frase “não vejo vantagens”. Sendo que 53,1% dessas respostas foram atribuídas por mulheres jovens, com até 40 anos de idade e solteiras. Esse dado já demonstra que na percepção dessas mulheres não existe qualquer vantagem em ser dona de casa.

Também houve 9 participantes que deixaram em branco a resposta para essa pergunta. Logo, apenas 154 questionários foram válidos, que alcançaram 181 respostas a essa unidade temática. Percebe-se que essa foi a unidade de análise que obteve o menor número de respostas em relação às anteriores. As 181 respostas obtidas foram compiladas em 02 (duas) categorias analisadas a seguir (ver Tabela 3).



**Tabela 3** – Categorias da unidade temática “Vantagens de ser dona de casa”

| Categorias                 | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|----------------------------|---------------------|---------------------|
| Cuidar da família e do lar | 118                 | 65%                 |
| Trabalhar em casa          | 63                  | 35%                 |
| Total                      | 181                 | 100%                |

Na categoria *Cuidar da família e do lar* foram compiladas as respostas que apontavam como vantagem o fato da mulher – uma vez dona de casa – poder cuidar pessoalmente dos/as filhos/as, marido, além da própria casa. Chama atenção a diferença do quantitativo de respostas que foram incluídas nessa categoria (65%). Além disso, houve uma discreta diferença na quantidade de respostas dadas por homens (55,8%) e por mulheres (44,2%). Essa diferença também foi verificada na categoria similar “Cuidar da família”, na primeira unidade temática. Compreende-se que a maioria das pessoas, em particular os homens, vê o papel de cuidadora como o principal significado do trabalho da dona de casa, bem como a principal vantagem de estas não trabalharem fora, ou seja, poderem dedicar-se, exclusivamente, à família.

Aqui é necessário pensar em pelo menos dois vieses que provavelmente acompanharam os discursos apreendidos. Primeiro, a manutenção da responsabilidade pelos/as filhos/as atribuída à mulher, a mãe, a quem gerou e amamentou, devido às suas condições biológicas. É comum a presença do determinismo social respaldado no imperativo biológico que atribui à mulher o papel e a função de matinar, cuidar e se sacrificar pelo fato desta ter a capacidade de gerar filhos/as. Esse cuidado com os/as filhos/as que foi apontado/a pelos/as participantes é amplamente discutido na literatura (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Delfino, 2012; Santos e Diniz, 2011; Zanella, 2018). Essa função, é vista como praticamente inseparável do trabalho realizado dentro do lar.

Em pesquisas anteriores, Santos (2008, 2014) verificou também que as próprias mulheres donas de casa, provenientes de classes sociais distintas, afirmaram que ter cuidado e educado pessoalmente dos/as filhos/as foi a principal vantagem de ser dona de casa, sendo, inclusive, a motivação que as afastou do mercado de trabalho. Tanto o resultado anterior quanto o atual reforça a naturalização do papel doméstico feminino arquitetado com base na maternidade. A gravidez, alimentação e cuidado dos bebês é, provavelmente, a principal função da mulher. E, agregada a isso, sobre elas recaem as responsabilidades pela conservação de valores e vínculos afetivos, de manutenção da família, e da transmissão desses valores ao grupo familiar.

As respostas obtidas nesta pesquisa são marcadas por outro viés que é a visão idealizada da família e do papel da mulher na sociedade. Fica nítido

que a representação da mulher como a única ou principal responsável pelas famílias, se mantém presente nos discursos tanto dos homens como das próprias mulheres. O que precisa ser sinalizado, no entanto, é que esse papel respaldado pela condição biológica do sexo, muitas vezes, as impediram de transcender o espaço doméstico e adentrar os espaços públicos (Bidarte, 2018; Birolli, 2016; Boris, 2018). Com isso, o que as/os participantes apontam como principal vantagem em ser dona de casa, ou seja, cuidar pessoalmente da família e do lar, é, na verdade, reflexo de engessamentos dos sujeitos femininos nas relações de gênero (Mill, 2006; Zanello, 2018). Essa construção social reforça a domesticidade feminina, fenômeno igualmente presente na análise das outras categorias.

Cabe, então, perguntar se “cuidar da família e do lar” seria uma vantagem para as donas de casa, para as famílias, e/ou para a sociedade. Fica claro que as famílias que possuem uma dona de casa atuando em tempo integral, uma pessoa que se doa e se dedica à organização da vida e ao cuidado de seus membros, tem vantagens. Já no que concerne às donas de casa, urge o questionamento. Se em respostas a itens anteriores ficaram evidentes as inúmeras desvantagens – entre essas a desvalorização, a limitação cultural e a rotina – parece que exercer essa atividade de cuidado e dedicação ao lar não constitui uma vantagem para as donas de casa em si. Parece que, ao contrário, reforça a reclusão social e a manutenção de papéis femininos tradicionais para essas mulheres.

Outro aspecto da experiência de ser dona de casa que foi apresentado como sendo vantajoso diz respeito aos benefícios de se realizar o trabalho no espaço doméstico. Na categoria *Trabalhar em casa*, que teve 60% de respostas vindas de mulheres e 40% de homens, foram apontadas, basicamente, algumas vantagens por se trabalhar no espaço doméstico, tais como disponibilidade de tempo e autonomia pessoal.

Uma vez que 60% das respostas foram dadas por mulheres, cabe a hipótese da existência de uma certa identificação das participantes com as donas de casa, pelo fato de saberem que a responsabilidade pelo lar na maioria dos casos também é sua. Nessa medida, provavelmente, sentem-se culpadas ou minimamente incomodadas por terem que conciliar o trabalho fora da casa e o cuidado com a família. Possivelmente o conflito existente entre casa e trabalho, carreira e filhos (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012) ou mesmo pelas representações e identificações existentes Oliveira-Cruz, 2016), tenha sido o principal norteador das respostas das mesmas.

Não por acaso, muitas mulheres deixam o trabalho público pago para (voltar a) ser dona de casa. No entanto, quando o fazem é devido à gravidez, para cuidar de filhos pequenos, de familiares idosos/doentes, pelo sentimento

de saudade da família, por “não compensar financeiramente” e até mesmo por imposição do marido. Ao contrário dos homens que quando se encontram no espaço doméstico é, basicamente, devido ao desemprego, conforme pesquisa de Bidarte (2018). Além disso, também cabe problematizar: 1. O fato de mulheres (e os homens não) escolherem sair do trabalho devido às demandas familiares, ser um indicativo do reforçador de estereótipos de papéis de gênero; 2. Em que medida o recorte socioeconômico não baliza a decisão, uma vez que as mulheres que são provenientes de classes sociais distintas certamente viveriam a domesticidade de forma desigual; 3. E, o quão o fato de terem vivenciado o trabalho pago e público não dá outra tonalidade à domesticidade. Não seria inédita a situação de se deixar o emprego para se dedicar, enquanto desenvolve um negócio online, vendas domésticas, entre outras formas de angariar recursos financeiros, relações sociais e autonomia – modelo distinto do significado histórico de ser “do lar” ou até mesmo de acordos e arranjos familiares que altere para “uma nova” versão da dona de casa, da rainha do lar na contemporaneidade.

## Últimas Reflexões

Essa pesquisa permitiu conhecer a percepção que alguns homens e mulheres possuem a respeito de dimensões da vida e do trabalho de mulheres donas de casa. Independente de sexo, realidade socioeconômica ou vínculo com mulheres donas de casa, constatou-se que os/as participantes desta pesquisa reforçaram os estereótipos femininos e a ideia engessada de que o espaço doméstico e o cuidado com os membros da família ainda são de responsabilidade das mulheres. Esse discurso naturaliza os papéis sociais frente à condição biológica da mulher e atribui a ela o ambiente privado (Bruschini, 2006; Delfino, 2012; Hirata, 2002; Lutz, 2007; Oliveira-Cruz, 2016; Sousa & Guedes, 2020; Zanella, 2018).

Interessante perceber que uma função biológica da mulher seja, provavelmente, o principal papel social que norteia toda a lógica da domesticidade feminina. Nos textos produzidos pelos/as participantes, que apontaram as vantagens de ser dona de casa, aparece o ideal de “rainha do lar”, que cuida e educa os/as filhos/as e que ainda tem tempo para cuidar de si. Fato é que, nesta categoria, se percebe uma idealização acerca da dona de casa. Será que, de fato, as donas de casa teriam disponibilidade de tempo e autonomia como aqui cogitado pelos/as participantes? Aquelas que são responsáveis por todas as atividades domésticas e de cuidados com os membros da família teriam uma agenda própria? Haveria autonomia da dona de casa que desenvolve um trabalho doméstico que é invisível, desvalorizado e não remunerado? Que, talvez, a leve a depender

financeiramente do marido e crer (ou a ser cobrada) que deva responder de forma satisfatória às necessidades desse cônjuge e de seus filhos e filhas?

Cabe ressaltar que os resultados corroboraram com a visão de que o trabalho realizado no espaço doméstico é sem valor por ser feminino, ou ainda, propõe uma avaliação de que, concomitantemente, seria atribuído às mulheres exatamente por ser sem valor (Bidarte, 2018; Birolli, 2016; Boris, 2014; Bruschini, 2006; Durán, 1983; Melo et al., 2007). Logo, ainda há muito a se caminhar no sentido da simetria de lugares e poderes, com necessidade de discursos e práticas que possibilitem a igualdade da ocupação de espaços públicos e privados por homens e mulheres, no intuito de retirar estas do cativeiro doméstico e de papéis que perpetuam a desvalorização de mulheres e de seus trabalhos.

## REFERÊNCIAS

Andrade, J. (2015). O feminismo marxista e a demanda pela socialização do trabalho doméstico e do cuidado com as crianças. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.*, 18, 265-300. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220151810>.

Andrade, I., Viana, M. & Silveira, C. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>.

Araújo, T., Pinho, P. & Almeida, M. (2005). Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(3), 337-348. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000300010>.

Barbosa, P. & Rocha-Coutinho, M. (2012). Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 577-587. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000300011>

Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Edições 70.

Bidarte, M. (2018). *Profissão do lar: imposição ou escolha?* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Administração, Unipampa, Santana do Livramento.

Bidarte, M. & Fleck, C. (2019). Evolução da Participação Feminina e Masculina em Afazeres Domésticos no Brasil. *Oikos: Família E Sociedade Em Debate*, 30(1), 87-103. <https://doi.org/10.31423/oikos.v30i1.8282>

Birilli, F. (2016). Divisão Sexual do Trabalho e Democracia. *Dados*, Rio de Janeiro, 59(3), 719-754. <https://doi.org/10.1590/00115258201690>

Boris, E. (2014). Produção e reprodução, casa e trabalho. *Tempo Social*, 26(1), 101-121. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702014000100008>

Bruschini, Cristina. (2006). Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado?. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 23(2), 331-353. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982006000200009>

Carrasco, C. (2006). La paradoja del cuidado: necesario pero invisible. *Revista de Economía Crítica*, 5, 39-64. [http://revistaeconomiacritica.org/sites/default/files/revistas/n5/2\\_paradoja\\_del\\_cuidado.pdf](http://revistaeconomiacritica.org/sites/default/files/revistas/n5/2_paradoja_del_cuidado.pdf)

De Lauretis, T. (1994). A tecnologia gênero. In H. B. de Holanda. *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura* (pp. 206-241). Rocco.

Delfino, M. (2012). Desocupación, trabajo doméstico y desigualdad: una mirada desde el uso del tiempo en Rosario, Argentina. *Revista Estudos Feministas*, 20(3), 785-808. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000300010>

Durán, M. (1983). *A dona-de-casa: crítica política da economia doméstica*. (Y. Fernauto & W. Cappellet, Trans.). (Coleção Tendências, Vol. 5). Edições Graal.

Gonçalves, D. & Kapczinski, F. (2008). Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *CADERNOS de Saúde Pública*, 24(7), 1641-1650. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700019>

Hirata, H. (2002). *Nova Divisão Sexual do Trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. Boitempo.

Lutz, H. (2007). Domestic word. *European Journal of Women's Studies*. 14(3), 187-192. <http://ejw.sagepub.com/content/14/4.toc>

Melo, H., Considera, C., & Di Sabbato, Alberto. (2007). Os afazeres domésticos contam. *Economia e Sociedade*, 16(3), 435-454. <https://doi.org/10.1590/S0104-06182007000300006>

Mill, J. (2006). A sujeição das mulheres. *Revista Gênero*. 6(2)-7(1), 181-201. <https://doi.org/10.22409/rg.v7i1.351>

Moral, J., González, M. & Landero, R. (2011). Estrés percibido, ira y burnout em amas de casa mexicanas. *Revista ibero-americana de psicologia y salud*. 2(2), 123-143. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3654212>

Oliveira-Cruz, M. (2016) *Donas de casa e da própria vida? Leitura sobre o trabalho feminino na publicidade por mulheres da nova classe trabalhadora*.

(Tese de doutorado). Departamento de Comunicação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

Organização Internacional do Trabalho (2011a). Trabalho e responsabilidades familiares: novos enfoques. *Notas da OIT: Trabalho e família 1*. Série Equilíbrio entre trabalho e famílias. Escritório no Brasil: Autor.

Organização Internacional do Trabalho (2011b). Promoção da igualdade de gênero e políticas de conciliação entre o trabalho e a família. *Notas da OIT: Trabalho e família 2*. Série Equilíbrio entre trabalho e famílias. Escritório no Brasil: Autor.

Rocha-Coutinho, M. (2005). Variações sobre um antigo tema: A maternidade para mulheres com uma carreira profissional bem-sucedida. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: Efeitos da contemporaneidade* (pp. 122-137). Editora PUC-Rio.

Saffioti, H. (1987). *O poder do macho*. Moderna.

Santos, L. (2014) *Donas de casa, donas da própria vida?: problematizações acerca do trabalho (in)visível e da saúde mental de mulheres (des)valorizadas*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

Santos, L. (2008). *Profissão: do Lar. A (des)valorização do trabalho doméstico como desdobramento da (in)visibilidade feminina* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

Santos, L. & Diniz, G. (2018). Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Psicologia Clínica*, 30(1), 37-59. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n01A02>

Santos, L. & Diniz, G. (2011). Donas de casa: classes diferentes, experiências desiguais. *Psicologia Clínica*, 23(2), 137-149. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652011000200009>

Senicato, C., Azevedo, R. & Barros, M. (2018). Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 23(8), 2543-2554. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>

Senicato, C., Lima, M. & Barros, M. (2016). Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 32(8). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085415>

Sousa, L. & Guedes, D. (2016). A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. *Estud. av.*, 87(30), 123-139. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142016.30870008>.

Zanetto, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Appris.





# POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS VOLTADAS PARA AUTORES DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: uma discussão segundo a perspectiva feminista

Liliany Silva Souza  
Isabela Machado da Silva

---

Neste capítulo, analisamos, de maneira crítica, as políticas públicas brasileiras voltadas a homens autores de violência contra mulheres. Utilizamos como norteador a perspectiva feminista crítica dos estudos de gênero, que apresenta o diferencial de evocar esses estudos como uma categoria analítica (Scott, 1995), permitindo a compreensão do fenômeno da violência contra mulheres relacionando-o aos processos políticos e sociais. Inspiramo-nos, ainda, no conceito de promoção da saúde, que aborda a saúde de forma ampla e intersetorial, incluindo a participação social. A partir disso, discutimos a responsabilização do Estado na garantia da criação e implementação de políticas públicas, partindo de uma visão integral, que inclua a promoção da saúde e considere os contextos socioculturais, econômicos e políticos.

## **Masculinidade Hegemônica e Violência**

O conceito de *masculinidade hegemônica* (Connell & Messerschmidt, 2013) refere-se a um conjunto de práticas ditas como masculinas, que deflagram a existência de um modelo central a ser seguido para que os homens sejam reconhecidos como tais. Exige-se dos homens práticas sociais específicas e constantes para a comprovação da sua masculinidade, tais como demonstrações de força, virilidade, agressividade, potência sexual e produção e manutenção do capital financeiro familiar. Em contrapartida, exige-se também a negação do feminino por meio da não demonstração de fragilidade, sensibilidade ou fraqueza, bem como qualquer determinante que possa ser interpretado por outros homens como características de um não-homem (Badinter, 1993). Assim, com o patriarcado como referência de organização social, as relações de gênero se configuram como um processo dominante dos homens e de subordinação das mulheres (Connell, 1995).

Porém, sabe-se que, no processo de construção masculino e na experiência dos corpos dos homens, há uma variedade de hierarquias que se entrelaçam

para além dos aspectos de gênero, levando em conta ao mesmo tempo a classe, raça e/ou etnia e demonstrando que não é possível a universalização de características determinadas e nem a sua homogeneização para abordar a categoria *homem*. Com isso, marca-se a diferença de masculinidade para *masculinidades*. Um homem branco, heterossexual e rico se posiciona melhor dentro desse *status* masculino do que um homem homossexual, negro e pobre, por exemplo, demonstrando que outras variáveis sociais dialogam com os aspectos estruturais hegemônicos da masculinidade. Assim, Connell (2013) classificou as masculinidades com subdivisões de subordinação, cumplicidade e marginalização, destacando-se aquelas que mais se aproximam do ideal da masculinidade hegemônica.

As masculinidades homossexuais são entendidas como *subordinadas*, por se aproximarem do feminino e se distanciarem do modelo hegemônico. A *cumplicidade* masculina é atribuída aos homens que recebem os benefícios do patriarcado sem adotar uma versão forte da dominação masculina, porém sem se distanciar dela. Por fim, a classe masculina denominada *marginalizada* é aquela marcada pela relação entre masculinidades nas classes subordinadas ou grupos étnicos, atentando para o caráter sempre relativo da marginalização social, como, por exemplo, a cor da pele, classe econômica ou, até mesmo, a origem étnica. Todavia, apesar de suas diferenças, entrelaces e classificações internas desse grupo, todas essas masculinidades fazem parte da mesma classe dominante, que é o masculino figurado como um estado de poderio dentro do patriarcado e que segue um modelo hegemônico de masculinidade (Connell & Messerschmidt, 2013).

Os estudos feministas apontam que a base patriarcal reforça diariamente a inscrição desse modo de ser no corpo, na sexualidade, na subjetividade e no gênero (Braidotti, 2004; Butler, 2008; Langaro & Souza, 2010; Louro, 1997; Wittig, 2006). Modelos padronizados que funcionam como determinantes e naturalizantes de condutas ditas femininas ou masculinas levam à performance de padrões de comportamento desde antes do nascimento até a vida adulta (Butler, 2003).

Nesse processo performativo de construção masculina, não podemos nos enganar acreditando que o patriarcado afeta apenas uma relação desigual entre homens e mulheres, pois ele também perpassa a relação dos homens com os outros homens, por meio de práticas chamadas de *homossociabilidade* (Welzer-Lang, 2001). Essa relação é afetada a partir da própria infância, quando os meninos são convocados constantemente a agirem como homens, a não agirem como uma menina e, com isso, aprendem o processo de serem reconhecidos como *verdadeiros homens*. Ao começarem a se agrupar exclusivamente com outros meninos, seja na escola, seja com pessoas da família ou

em outros ambientes, inauguram as distinções de qual posição ocupam, o que é permitido e quais ações devem ter quando há apenas a presença de sujeitos do sexo masculino, dando início ao processo de *homossociabilidade*. Esse termo recupera a ideia de que, ao se reagruparem com outros meninos, criam uma espécie de código de honra entre os homens, um universo de cumplicidade e de rivalidade, que inclui práticas de violência (Welzer-Lang, 2001).

Nessa etapa da vida da construção do masculino, já se inicia o treinamento para as pequenas violências, o entendimento do que efetivamente é necessário para que sejam reconhecidos como sendo mais homens e o entendimento da necessidade de se combater práticas que poderiam fazê-los serem associados às mulheres. Nesses momentos de homossociabilidade, há a necessidade de demonstração de força física e potência sexual. Nessa lógica, é possível perceber que existe um ponto inicial do desprezo pelo que é feminino, que mais tarde vai ampliando sua ideia de superioridade em detrimento das mulheres, com a obtenção de privilégios simbólicos e materiais. Esses espaços de *homossociabilidade*, também chamados de *casa dos homens*, introduzem, ainda, o aprendizado da objetificação da mulher e a plena consciência de sua potência, de que seus espaços, na verdade são todos, desde que ele decida que sejam. Essa lógica também começa violenta para os próprios meninos já iniciados nessa construção que se perpetua por toda a vida adulta.

Assim, as múltiplas relações de poder que o homem experiencia ao longo de sua vida demarcam e reafirmam sua posição de superioridade na hierarquia social e, especialmente, de opressão em relação às mulheres e ao feminino. Essa posição de privilégio na escala social é um modelo que os atravessa de maneira identitária e que os faz sentirem a necessidade de constante afirmação desse lugar, o que, muitas vezes, se dá por meio da violência, seja contra si mesmo ou contra outrem (Braidotti, 2004; Scott, 1995; Welzer-Lang, 2001).

A dinâmica desse sistema desigual agencia relações de poder e promove danos à saúde de homens e mulheres. Para falar de saúde, resgataremos o conceito de *promoção da saúde*. Esse conceito evoluiu nos últimos 25 anos, desde a realização das três mais importantes conferências internacionais sobre o tema, que proporcionaram a articulação entre saberes técnicos e populares, indo além do modelo biomédico de saúde-doença (Bezerra & Sorpreso, 2016; Czernesia & Freitas, 2009). Considera um contexto mais amplo e intersetorial para além da prevenção de doenças, pois inclui a participação social e foge do vínculo exclusivo com o sistema de saúde. Buscando identificar e enfrentar os macrodeterminantes que perpassam as questões culturais, sociais, econômicas e políticas. Existe como uma proposta estrutural, que abrange as dimensões coletivas e também de autonomia do indivíduo. Tais aspectos relacionam-se

com as políticas públicas (medidas políticas, legislativas, fiscais e administrativas), a fim de modificar estilos de vida e intervir no ambiente em que se está inserido (Czernesia & Freitas, 2009). Portanto, compreende-se a saúde como um recurso eficaz para a vida, buscando a realização do potencial de saúde com ferramentas intersetoriais e interdisciplinares, destacando a singularidade e a autonomia dos sujeitos por meio do “fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde” (Czernesia & Freitas, 2009, p. 51).

A partir de 789 entrevistas com homens usuários de dois serviços de atenção primária à saúde e 477 fichas de leitura de prontuários médicos do ano de 2003, foi identificado que 410 homens apresentaram alguma queixa/diagnóstico psicológico (Albuquerque, 2012). Os prontuários de 140 desses homens (29,4%) registraram episódios de violência em sua história: 45,7% sofreram violência física e/ou sexual mais de uma vez na vida e 50% relataram ter sofrido algum episódio de violência psicológica, física e/ou sexual antes dos 18 anos, ou seja, na sua infância ou adolescência. Esses dados apontam que “a cultura patriarcal e machista estrutura uma relação complexa e comprometida no modo de os homens manejarem suas emoções” (p. 5), além de revelar que há relação entre o sofrimento psicológico e a violência.

Em uma pesquisa que investigou a superposição e a relação entre masculinidade e violência sofrida e praticada, relatou-se que 52,1% dos homens entrevistados no serviço de atenção primária à saúde perpetraram algum tipo de violência contra a parceira. Esse resultado corrobora a existência de “um padrão cultural hegemônico de socialização masculina” (Schraiber et al., 2012, p. 797), destacando a prevalência de noções de masculinidades vinculadas a atos de violência como forma identitária nos homens.

Diante dessa realidade, problematizamos a importância de estudos e políticas públicas que considerem esse modelo de masculinidade hegemônico, que se afirma em um modo de agir violento e dominante. A aceitação e a naturalização dessa violência na atitude masculina como um padrão social comum de se relacionar legítima e reproduz esses modos de ser. Dessa forma, a violência, torna-se parte também da expressão de um modelo de masculinidade socialmente problemático, que perpassa os homens de maneira transgeracional, por meio de aspectos sócio-histórico-culturais (Souza, 2005), contribuindo para o fenômeno da violência contra mulheres, dentre outros problemas sociais que envolvem a prática da violência.

## ***Contextualização da Violência contra Mulheres e a Pandemia***

A violência contra as mulheres é um grande problema social, de saúde pública e de violação dos direitos humanos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017). Estimativas globais publicadas pela OMS indicam que uma em cada três mulheres (35%) em todo o mundo sofreu violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida.

Em 2018, a Organização das Nações Unidas (ONU) descreveu a violência de gênero como *uma pandemia global*. O termo *pandemia global* normalmente é usado para descrever uma situação em que uma doença infecciosa ameaça a vida de muitas pessoas ao redor do mundo simultaneamente (British Broadcasting Corporation [BBC], 2020). Dois anos após essa declaração, o mundo se vê diante de outra pandemia global (COVID-19), causada pelo novo coronavírus, extremamente contagioso e que exige o distanciamento social, levando as pessoas a trabalharem em seus próprios domicílios e a restringirem atividades em locais públicos ou com aglomerações. Com isso, 4 bilhões de pessoas de 90 países estão praticando o distanciamento social como forma de se protegerem dessa infecção global. No entanto, diante dessa realidade, foi observado que, à medida em que cresce o contágio e que os países aumentam o rigor do distanciamento social, o número de casos de violência contra mulheres aumenta, pois as mulheres passam a conviver cada vez mais com os seus potenciais agressores (OMS, 2020; ONU Mulheres, 2020).

Em países como Argentina, Canadá, França, Alemanha, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos, autoridades governamentais e ativistas pelas lutas das mulheres denunciaram o aumento de casos de violência doméstica e da demanda por abrigos de emergência. Diferentes países relatam uma escalada no número de situações de violência e de feminicídio: na França, o aumento foi de 36%; na Itália e na Espanha, os casos duplicaram; na China, os casos triplicaram (R7 Notícias, 2020). A América Latina, já considerada um dos piores lugares para se ser mulher e que registra taxas recordes de violência contra mulheres todos os anos, teve crescimento no número de denúncia em países como Brasil, Argentina e Colômbia, com relatos de alta também nos números de feminicídio. Em abril, a preocupação com o aumento das agressões levou o diretor-geral da OMS a pedir que todos os países “considerem os serviços de combate à violência doméstica como um serviço essencial, que deve continuar funcionando durante a resposta à Covid-19” (OMS, 2020). No Brasil, apesar das importantes iniciativas voltadas ao combate da violência contra a mulher, o número de mulheres que ainda sofrem violência é alarmante. De acordo com a apresentação do *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019* (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019), ocorreram 263.067 casos de

violência contra mulheres somente no ano de 2018, ou seja, 720 por dia. Em uma pesquisa divulgada no ano de 2018, foi constatado que 29% das mulheres entrevistadas declararam ter sofrido algum tipo de violência provocada por um homem, sendo que 67% sofreram agressões físicas, 47%, violência psicológica, 36%, violência moral e 15%, violência sexual. Dentre as mulheres que declararam ter sofrido algum tipo de agressão, 74% das respondentes apontou o ex ou o atual companheiro, marido ou namorado, como auto da agressão e responsável pela violência (Instituto de Pesquisa DataSenado, 2018).

Outra informação relevante sobre a realidade brasileira refere-se ao perfil de raça, cor e escolaridade das vítimas, demonstrando uma maior vulnerabilidade das mulheres negras e com baixa escolaridade. As mulheres negras representam 61% das vítimas de violência contra mulheres, contra 38,5% de brancas, 0,3% de indígenas e 0,2% de amarelas. No que se refere à escolaridade: 70,7% das vítimas cursaram até o ensino fundamental, enquanto 7,3% tem ensino superior.

O Mapa da Violência 2015 (Waiselfisz, 2015) elucida que o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde, que registra os atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) no campo das violências, demonstrou que a reincidência de atendimento a mulheres que sofreram algum tipo de violência acontece em praticamente metade dos casos de atendimento feminino (49,2%). Além disso, evidenciou que o Brasil ocupa a 5ª posição em um ranking de 83 nações sobre os casos de homicídios de mulheres.

Em relação ao novo coronavírus, o Brasil segue a tendência mundial, registrando-se um aumento considerável nos casos de violência contra mulheres em paralelo com o aumento de casos de contaminação pelo novo coronavírus (Toledo & Agência FioCruz, 2020). Em diferentes estados, relatou-se um aumento expressivo dos casos de violência contra a mulher: Rio de Janeiro – 50%, Santa Catarina – 39%, São Paulo – 46%, Acre – 100%, Rio Grande do Norte – 300% e Mato Grosso – 400% (G1 Portal de notícias, 2020a, 2020b). Em alguns locais, o número de registros de boletins de ocorrências (BO) caiu, sugerindo que cresceu a subnotificação de casos de violência durante a pandemia. Uma pesquisa realizada no Brasil analisando o conteúdo de postagens no Twitter relatou que as brigas entre casais tiveram um aumento de 431% entre fevereiro e abril (Fórum Brasileiro de Segurança Pública & Decode, 2020), período em que os brasileiros mais aderiram às medidas de distanciamento social (Google, 2020). Foram identificadas 52.315 menções a brigas domésticas, das quais 5.583 relatavam violência doméstica. A maioria dos comentários (53%) ocorreu entre 20h e 3h da manhã e foi feita por mulheres (67%) que ouviam os vizinhos. A pesquisa demonstra uma maior

difficuldade das mulheres em denunciar, registrando um boletim de ocorrência (BO) na delegacia, por estarem isoladas e mais vulneráveis. O número de BO's sobre violência doméstica caiu, o pedido de medidas protetivas caiu e o telefone disque 180 registrou uma queda de 8,6% no mês de março. Em contrapartida, os atendimentos de violência doméstica pela Polícia Militar, por meio do 190, bem como o número de feminicídios aumentaram (Fórum Brasileiro de Segurança Pública & Decode, 2020).

## **Análise das Políticas Públicas Brasileiras Voltadas a Homens que Cometeram Violência contra Mulheres**

O enfrentamento da violência contra mulheres como um problema público por parte do Estado brasileiro aconteceu de maneira gradativa a partir do ano de 1985. Em 2003, concebeu-se a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), no primeiro dia do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Tal ato se deu por meio de uma medida provisória e teve, como principal objetivo, desenvolver políticas públicas efetivas para a melhoria da qualidade de vida das mulheres brasileiras. A não existência, até então, de propostas semelhantes demonstra como, ideologicamente ao longo da história, as mulheres foram deixadas de lado na atenção do Estado brasileiro.

A Lei Maria da Penha (LMP), criada em 07 de agosto de 2006, surge como medida de coibição/prevenção da violência doméstica e familiar, demonstrando assim uma mudança de olhar político, que representa um novo sentido simbólico para a questão da violência contra mulheres. Apesar disso, há algumas fragilidades em seu discurso, seja no pensamento voltado primordialmente para a proteção da família, seja na falta de aspectos que garantam a não-reincidência da violência pelos homens. Em seu texto, a LMP leva em consideração diversas situações de violência e se refere ao *homem autor de violência contra mulheres* somente como *agressor*. Compreende-se, assim, que o sentido simbólico direcionado para esses homens ao tratá-los exclusivamente como *agressores* é, principalmente, punitivo, não percebendo cada um como uma pessoa integral, dotada de subjetividade, e que, portanto, não pode ser reduzida ao crime cometido. No total, o termo *agressor* é mencionado 19 vezes no texto. No entanto, apenas algumas possibilidades de ações voltadas para ele são sugeridas:

Art. 30. Compete à equipe de atendimento multidisciplinar, entre outras atribuições que lhe forem reservadas pela legislação local, fornecer subsídios por escrito ao juiz, ao Ministério Público e à Defensoria Pública, mediante laudos ou verbalmente em audiência, e desenvolver trabalhos de



orientação, encaminhamento, prevenção e outras medidas, voltados para a ofendida, o agressor e os familiares, com especial atenção às crianças e aos adolescentes.

Art. 35. A União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios poderão criar e promover, no limite das respectivas competências: [...] V – centros de educação e de reabilitação para os agressores.;

Art. 45. Parágrafo único. Nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz poderá determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação. (Brasil, 2006, p. 24-26).

Em seu artigo 1º, a LMP destaca que sua criação se dá baseada no Art. 226 da Constituição Federal: “A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (Brasil, 2006, p. 10). No inciso III de seu art. 8º (Brasil, 2006, p. 17), direcionado aos meios de comunicação, apesar de objetivar “coibir os papéis estereotipados que legitimem ou exacerbem a violência doméstica e familiar”, afirma, antes de tudo, o “respeito aos valores éticos e sociais da pessoa e da família”. O que seriam esses valores da família quanto falamos da vida das mulheres? O foco da lei está nas mulheres que sofrem violência ou a interferência do Estado se dá devido ao fato de a família estar em risco? Não poderia a LMP ser apoiada nos artigos da constituição que tenham como foco a dignidade da pessoa humana, independentemente da família? Observa-se, assim, que há uma base *familista* na LMP, ou seja, a valorização da família como uma instituição reprodutora da ordem social, atrelada ao Estado e seus conceitos morais e éticos, que vem antes da integridade da vida dessas mulheres, seguindo a mesma lógica da Constituição Federal. Não se pode esquecer que esse pensamento, que atrela as mulheres reiteradamente a determinado modelo de família (heterossexual/heteroafetiva/mononuclear), reforça e reproduz papéis sociais de gênero que as vinculam ao espaço privado e as destinam às atividades de cuidado doméstico. Assim, apesar de a lei prever ações que garantam a separação de corpos entre o autor da violência e a vítima para preservar sua integridade (medidas protetivas de urgência), mesmo estas sendo facultadas à decisão do juiz (Brasil, 2006), ela não possui um novo modelo de discurso para rompimento do vínculo violento de maneira estrutural, que seria utilizar uma nova lógica focada nas mulheres, independentemente da família.

Outra questão de destaque é a centralização no juiz em decidir se os autores de violência irão ou não participar de um programa de reeducação. Dessa forma, percebe-se no sentido simbólico de seu discurso, que essa medida de reeducação dos autores de violência contra mulheres ainda não é tida como essencial, uma vez que são decididas através da interpretação de cada operador do direito. Acredita-se que o processo de reeducação dos autores

de violência deve ser estendido a todos os homens que cometem a violência, como medida de prevenção de reincidências, que, como vimos, ocorrem em cerca de 50% dos casos (Waiselfisz, 2015). Ao não dedicar atenção para esses homens, coloca-se a vida das mulheres em risco, seja da mesma ou de uma nova parceira. Portanto, não se pode limitar a decisão do “comparecimento do agressor aos programas de recuperação e reeducação” (Brasil, 2006) a cargo exclusivo da esfera penal, fazendo parte apenas do cumprimento da sentença, pois o processo de reeducação desses homens deve ser percebido de maneira integral, entendendo que a violência tem o seu caráter multifatorial, afetando inclusive a saúde. Assim, a LMP, deveria conter em seu cerne a proposta de atendimento psicossocial para esses homens, permitindo-lhes a tomada de consciência sobre outras possibilidades do masculino e evitando colocar as mulheres em risco. Nesse sentido, percebe-se que há uma linha limítrofe entre um olhar penal e o olhar psicoeducativo/terapêutico. Dizemos isto, pois não há uma coerência entre a LMP e as diretrizes de atenção para esses homens.

No ano de 2011, por meio da SPM, realizou-se a publicação das *Diretrizes para Implementação dos Serviços de Responsabilização e Educação dos Agressores*, como “equipamento responsável pelo acompanhamento das penas e das decisões proferidas pelo juízo competente no que tange aos agressores” e que diz logo em seu início:

O termo ‘serviço’ foi utilizado para se referir ao previsto do art. 45 da Lei Maria da Penha que prevê a obrigatoriedade do comparecimento do agressor a programas de reeducação, em contraposição ao proposto no art. 35 que faz menção à criação de Centros de Educação e Reabilitação do Agressor. A concepção de um ‘centro’ traz no seu bojo a ideia de um espaço de ‘atendimento’ ao agressor, semelhante aos Centros de Referência da Mulher e aos Centros de Referência de Assistência Social. Todavia, o objetivo precípua do serviço de responsabilização e educação do agressor é o acompanhamento das penas e decisões proferidas pelo juízo competente no que tange ao agressor. Portanto, o serviço tem um caráter obrigatório e pedagógico e não um caráter assistencial ou de ‘tratamento’ (seja psicológico, social ou jurídico) do agressor. (SPM, 2011, p. 1).

Esse documento traz, em seu texto, uma proposta de atividades educativas, pedagógicas e reflexivas que tenham como base uma perspectiva feminista de gênero, promovendo

a conscientização dos agressores sobre a violência de gênero como uma violação dos direitos humanos das mulheres e para a responsabilização pela violência cometida. Juntamente com as demais atividades preventivas – tais como realização de campanhas nacionais e locais, formação de

professores e inclusão das questões de gênero e raça nos currículos escolares – o serviço poderá contribuir para a desconstrução de estereótipos de gênero; a transformação da masculinidade hegemônica; e a construção de novas masculinidades. (SPM, 2011, p. 66).

Em contrapartida, esse serviço se restringe ao acompanhamento dos homens processados criminalmente pela LMP e determina que tal trabalho deve estar vinculado diretamente ao sistema de justiça, em que o financiamento dos serviços será realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça. Cita a palavra *homens* apenas duas vezes e *agressores* 12 vezes, o que mantém o caráter de estigmatização do sujeito frente à ação cometida. Referente às intervenções realizadas com os homens, faz questão de destacar, em diferentes pontos, que “o serviço não constitui um espaço de ‘tratamento’ dos agressores [...] de atividades referentes ao atendimento psicológico e jurídico dos agressores, à mediação, à terapia de casal e/ou terapia familiar” (SPM, 2011, p. 69), sugerindo o “encaminhamento para programas de recuperação, para atendimento psicológico e para serviços de saúde mental, quando necessário” (SPM, 2011, p. 68).

Essa visão estritamente pedagógica pode ser questionada por não abarcar a integralidade do ser humano. Como se propõe a ensinar ao autor de violência uma nova perspectiva sobre suas ações, se o objetivo precípuo do serviço é apenas o acompanhamento das penas e não a garantia da introjeção de uma nova visão de mundo, a fim de que não subjuguem as mulheres como objeto/posse? Percebe-se que falta uma compreensão multifatorial vinculada ao cumprimento da pena, pois essa forma de intervir não contempla a compreensão integral das estruturas sociais patriarcais (Estado, escola, família, igreja etc.) das quais esses homens fazem parte, entendendo que suas subjetividades estão pautadas em modelos de masculinidades problemáticos e violentos. Para mudar esse cenário, é necessária a responsabilização pela violência cometida, mas também a participação desses homens no processo de mudança, com ações que garantam o diálogo entre a promoção da saúde e a justiça. Enquanto for considerado apenas o cumprimento da pena, retoma-se uma visão do bom comportamento: mesmo que compareçam a encontros semanais por tempo determinado, nada garantirá que o “serviço educativo” aconteceu. Para que haja a construção de novas masculinidades, um dos muitos passos necessários é entender o fenômeno da violência contra mulheres como complexo, estrutural e multicausal. Para lidar com esse fenômeno, é indispensável a criação de medidas que levem em conta uma visão integral e intersetorial a respeito dessas questões, que permeie também as instituições e suas ferramentas de trabalho.

Ora, a LMP atribui às equipes multidisciplinares a serem instituídas pelos Juizados de Violência Doméstica e Familiar não apenas o atendimento à mulher e aos filhos, mas também aos autores da violência, oferecendo “orientação, encaminhamento, prevenção” (Art. 30, p. 24, Brasil, 2006). No entanto, as *Diretrizes para Implementação dos Serviços de Responsabilização e Educação dos Agressores* afirmam que o serviço não pode ter um caráter de tratamento psicológico ou social. Percebe-se que os sistemas institucionais, mesmo sendo do âmbito penal, não dialogam entre si, nem mesmo para a criação de políticas públicas que combatam e previnam a violência, auxiliando a ressignificação das masculinidade. Essa discrepância demonstra a desarticulação das ações voltadas para os homens, uma vez que não se propõe a integração dessas ações, articulando uma visão biopsicossocial, que abranja as questões de gênero e promoção de saúde. Destacamos que o nome atribuído a esses serviços inclusive suprime os termos *reabilitação e recuperação*, presentes nos artigos 35 e 45 da LMP. Ao simplesmente mencionarem o “encaminhamento para serviços de saúde mental, quando necessário” (SPM, 2011, p. 68), as *Diretrizes* deixam a descoberto a efetiva implementação da atenção à saúde mental desses homens, além de não esclarecerem a quem cabe a avaliação da necessidade desse encaminhamento, afastando-se das propostas da LMP. Como podem as (os) psicólogas (os) realizarem o processo de responsabilização do “agressor” sem se propor a tratá-los? Como garantir que eles receberão a atenção necessária sem incluir uma visão voltada também para a saúde mental nos serviços que os atendem? Percebemos, portanto, que a proposta de políticas públicas existente possui um caráter mais punitivo do que de conscientização e reeducação desses homens, demonstrando como o sentido simbólico de punição está em destaque e quais visões estão elaboradas em seu interior. Sabe-se que a existência de políticas públicas, por si só, não muda uma realidade, uma vez que as estruturas sociais reproduzem cotidianamente o patriarcado. Porém, a existência de políticas públicas que entendam esse fenômeno de maneira integral e intersetorial funcionam não apenas como uma nova legislação, mas também como novos marcadores sociais, criando uma contranarrativa linguística, estrutural e simbólica de mudança.

Faz-se necessário que os órgãos públicos vejam além da punição, considerando a importância da prevenção de novas violências e a criação de ações que auxiliem seu combate baseando-se também nos conceitos de promoção de saúde. Igualmente é premente a qualificação do debate entre o sistema penal e outras instituições sociais, compreendendo a importância de um diálogo pautado em uma visão integral do homem que comete a violência, que considere os aspectos sócio-históricos relacionados ao tema. A responsabilização dos homens pelo crime cometido é importante para a regulação da convivência em sociedade e também para a garantia dos direitos das mulheres e filhas(os)

com que convivem, porém é ineficiente se isolada de ações psicossociais e socioeducativas para conscientização desse homem, com novas formas de pensar e agir. Nesse sentido, resgatamos uma afirmação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que destaca a importância de perceber como

a integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a des-essencialização de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação. (Ministério da Saúde, 2009, p. 23).

É nesse cenário que se entende a violência como um assunto de saúde pública e como uma grave violação aos direitos humanos. Destaca-se a importância da construção de diálogos entre diferentes áreas do conhecimento, tais como a psicologia, a educação, a saúde, a assistência social, a justiça, entre outras, para novas políticas públicas, por meio de redes institucionais que promovam a prevenção de comportamentos infracionais reincidentes e conduzam à transformação dessa cultura violenta.

O conceito de promoção da saúde nos auxilia a refletir sobre o fenômeno da violência contra mulheres. Primeiro, mostra que é relevante que os processos grupais oferecidos pelos órgãos governamentais atuem de maneira que homens possam refletir de forma autônoma sobre como suas atitudes violentas estão relacionadas à promoção de sua saúde e de sua comunidade, gerando-se, assim, novas escolhas e possibilidades. Faz-se necessário que as intervenções realizadas contribuam para uma nova produção de sentidos, a partir dessa reflexão sobre si mesmo e sua autonomia, bem como sobre a sociedade, de forma mais ampla. Segundo, sobre o fato de que a promoção da saúde ressalta a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas para a melhoria da qualidade de vida das populações, incorporando fatores físicos, psicológicos e sociais (Czernesia & Freitas, 2009) e percebendo a importância da participação de órgãos governamentais de maneira que promovam a saúde. Terceiro, sabendo que a violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública, agregado à desigualdade de gênero e à violação dos direitos humanos, não se pode encarar o problema da violência contra mulheres lidando apenas com as vítimas e sem o envolvimento dos homens. Assim, entende-se como o conceito de promoção da saúde faz sentido, tanto no aspecto da autonomia para entendimento e mudança, como no âmbito social e coletivo, a fim de que não seja apenas uma proposta interventiva-preventiva, mas que leve em consideração os fatores de risco e de vulnerabilidade, para

que, com o engajamento dos homens e da comunidade, ocorra novas configurações de masculinidades, com mudanças nas relações sociais, demonstrando que há outras possibilidades de existência.

Diante do exposto, o conceito de promoção da saúde permite olhar para o tema de maneira estrutural e abrangente, proporcionando o entendimento de que, por meio da participação intersetorial e interdisciplinar, é possível perceber a violência como uma temática que precisa dialogar com a saúde pública para um manejo que produza alguma mudança e também como um recurso para a vida. A violência contra mulheres é endêmica no contexto brasileiro, sendo algo que nenhuma instituição sozinha conseguirá resolver. Portanto, necessita-se de transversalidade, fomentando o trabalho em rede entre as instituições governamentais a nível nacional. Faz-se necessário a criação e implementação de políticas públicas efetivas, que levem em conta a complexidade do tema para que, além dos fatores de ação individual com os homens autores de violência auxiliando-os na ressignificação da suas masculinidades, haja uma reeducação da população brasileira, por meio da educação, programas e campanhas publicitárias sobre o tema, articulação dos órgãos estatais, colocando o poder público e a comunidade em diálogo, viabilizando a mudança cultural de maneira interdirecional.

## Considerações Finais

É possível inferir que os elevados índices de violência contra a mulher mostrem-se relacionados ao viés do enfrentamento dessa questão no Brasil, que ainda é pautado fortemente no sistema de justiça criminal, mas que necessita ser fortalecido em seu caráter preventivo, tanto no campo da saúde pública como da educação. Sabe-se que, para alterar essa realidade, é necessário não apenas criar uma nova lei, mas compreender a violência como uma questão complexa e dinâmica, que deve ser enfrentada a partir do desenvolvimento de instrumentos transversais (Instituto de Pesquisa DataSenado, 2016). Ao tentar resolver os problemas da violência contra mulheres sem uma crítica integral, que considere os âmbitos da saúde, da cultura, da sociedade, da economia e da política, pode-se criar um olhar que hipervalorize a punição e invisibilize a prevenção, não se resolvendo as questões que, de fato, levam à violência contra mulheres.

Nota-se, ainda, que existem poucas políticas públicas voltadas ao tema e que as existentes possuem baixa implementação, tanto no que tange ao direcionamento de recursos quanto no fortalecimento da rede de serviços ofertada pelo Estado para o combate da violência contra mulheres por meio de políticas econômicas (Portal da Transparência/Painel do Orçamento Federal, 2019). Segundo dados de 2016, considerando os 27 estados brasileiros,

serviços voltados ao atendimento de homens que cometeram violência contra mulher estavam presentes somente em 10 capitais, tendo-se uma média de apenas 25 programas ativos no país (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação [CEPIA], 2016).

Para o estudo desse tema, o olhar feminista crítico apresenta o diferencial de evocar os estudos de gênero como uma categoria analítica (Scott, 1995) que permite a compreensão do fenômeno da violência contra mulheres relacionando-o aos processos políticos e sociais. Laurettis (1984), ao falar sobre a tecnologia do gênero, chama atenção para como os mais diversos espaços sociais são *gendrados*, ou seja, marcados por representações de gênero. Esses espaços, inclusive os institucionais, concebem um sujeito sociocultural através de tecnologias que interferem nas relações sociais e produzem, promovem e implantam efeitos, discursos, comportamentos e desdobramentos dos mais complexos das representações de gênero nos sujeitos ao longo da história da sociedade ocidental. A partir desse pensamento, ela aponta que o feminismo nos permite um olhar integral para a história e uma prática de transformação sociocultural, (re)construindo outras formas de existência longe do referencial androcêntrico e dos discursos hegemônicos. Essa perspectiva nos permite pensar não em um viés remediador e punitivista de atendimento, mas em um que nos leve a entender que o modelo de masculinidade vigente precisa ser questionado, a fim de que seja possível a construção de novos modelos de masculinidades, em que os homens não necessitem se utilizar da virilidade e da violência para se constituírem como sujeitos. Percebe-se que, para além da necessidade de um trabalho interventivo, há também a necessidade de produção de literatura por parte da psicologia com a descrição de metodologias de atendimento voltada para esses homens, identificando os conceitos de papéis sociais, subjetividade e questões identitárias ligadas à masculinidade e ao patriarcado.

Outro ponto sensível é a inconsistência das políticas já existentes, sendo que não há detalhamento na LMP sobre os atendimentos voltados para os homens. Essa questão é apresentada de forma insuficiente para ancorar a construção de um serviço voltado para esse público. Temos, ainda, divergências nas abordagens desse atendimento entre a LMP e as *Diretrizes*, conforme já abordado anteriormente: uma diz a necessidade da instauração de centros de educação e de reabilitação para os homens/programas de recuperação e reeducação e a outra defende esse serviço de reeducação como um cumprimento da pena e a responsabilização pela violência cometida. A LMP deverá atuar de forma articulada com os demais serviços da rede, considerando ações intersetoriais e transdisciplinares, além de possibilitar a construção de mais



políticas públicas voltadas para o tratamento desses homens. Por isso, são necessários estudos e parâmetros empíricos para embasá-las.

É partindo do argumento de que essas violências se inscrevem no contexto social como reguladoras das ações entre homens e mulheres (Welzer-Lang, 2001; Segato, 2003; Bourdieu, 2011; Guattarri & Rolnik, 2013), que se considera de fundamental importância a realização de mais estudos sobre metodologias de atendimento psicossocial para os autores de violência por meio de um olhar feminista. Esse olhar possibilita contribuir para a desconstrução desse aspecto normativo e violento, dito como masculino, tornando possível para os homens uma nova visão sobre si mesmos e sobre os outros, com o auxílio do processo terapêutico.

Acredita-se que o enfrentamento da violência contra mulheres e da violência sexual precisa voltar o olhar para o tratamento dos autores de violência, propondo novas formas de masculinidades, pois, apesar dos grandes avanços no cuidado e atenção às vítimas, faz-se necessário descortinar a raiz do problema da violência contra mulheres: as masculinidades, uma vez que esse modelo de masculinidade hegemônica vigente, resultado de uma construção social e histórica, necessita ser colocado como cerne dessa discussão.



## REFERÊNCIAS

Albuquerque, F. P. (2012). *Agravos à saúde mental dos homens envolvidos em situações de violência* (Dissertação de mestrado). Teses USP. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-03092012-100819/pt-br.php>

Badinter, E. (1993). *XY: Sobre a identidade masculina*. Nova Fronteira.

British Broadcasting Corporation. (2020, March 11). *O que é pandemia e o que muda com declaração da OMS sobre o novo coronavírus*. <https://www.bbc.com/portuguese/geral-51363153>

Bezerra, I. M. P. , & Sorpreso, I. C. E. (2016). Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 11. <https://doi.org/10.7322/jhgd.113709>

Bourdieu, P. (2011). *A dominação masculina*. Bertrand Brasil.

Braidotti, R. (2004). Las figuraciones del nomadismo. In *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómade*. [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1383/rosi\\_braidotti.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1383/rosi_braidotti.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Brasil. (2006). *Lei Maria da Penha*. Governo Federal do Brasil.

Butler, J. (2019). *Problemas de gêneros: Feminismo e subversão da identidade*. Civilização Brasileira.

Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação. (2016). *Violência contra as mulheres os serviços de responsabilização dos homens autores de violência*. [http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Publicacoes/Relatoriodepesquisa\\_ViolenciacontraasMulheres\\_Osservicosderesponsabilizacaodoshomensautoresdeviolencia\\_Marco2016.pdf](http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Publicacoes/Relatoriodepesquisa_ViolenciacontraasMulheres_Osservicosderesponsabilizacaodoshomensautoresdeviolencia_Marco2016.pdf)

Connell, R. W. (1995). *Masculinities: Knowledge, power and social change*. University of California Press.

Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2013). Masculinidade hegemônica: Repensando o conceito. *Revista Estudos Feministas*, 21(1), 241–282. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>

Czernesia, D., & Freitas, C. M. (Orgs). (2009). *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. Editora Fiocruz.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2019). Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019. *Fórum Brasileiro de Segurança Pública*, 13, 218. [http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL\\_21.10.19.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf)

Fórum Brasileiro de Segurança Pública & Decode. (2020). *Violência doméstica durante a pandemia de COVID-19*. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>

G1 Portal de Notícias. (2020a, April 18). *Registros de violência doméstica contra a mulher caem 49,2% no Ceará durante quarentena*. <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2020/04/18/registros-de-violencia-domestica-contra-a-mulher-caem-492percent-no-ceara-durante-quarentena.ghtml>

G1 Portal de Notícias. (2020b, April 19). *Violência física e sexual contra mulheres aumenta durante isolamento social provocado pelo coronavírus*. <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/19/violencia-fisica-e-sexual-contra-mulheres-aumenta-durante-isolamento-social-provocado-pelo-coronavirus.ghtml>

Google. (2020, July 5). *COVID-19: Relatórios de mobilidade da comunidade*. <https://www.google.com/covid19/mobility/>

Guattarri, F., & Rolnik, S. (2013). *Micropolítica: Cartografias do desejo*. Vozes.

Instituto de Pesquisa DataSenado. (2016). *Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais*. <https://doi.org/305.4842>

Instituto de Pesquisa DataSenado. (2018). *Panorama da violência contra as mulheres no Brasil – Indicadores nacionais e estaduais*. Senado Federal.

Langaro, F., & de Souza, M. (2012). (Des)construções do masculino e do feminino na relação de mulheres-mães com filhos e filhas. *Revista Estudos Feministas*, 20(3), 695–712. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000300006>

Lauretis, T. de. (1984). A tecnologia do gênero. In H. B. Holanda (Ed.), *Tendências e impasses: O feminismo como crítica da cultura* (pp. 206–242). Rocco.

Louro, G. L. (1997). *Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista*. Editora Vozes.

Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes*. Governo Federal do Brasil.

ONU Mulheres Brasil. (2018, December 20). *Violência contra as mulheres é ‘pandemia global’, diz chefe da ONU*. <https://nacoesunidas.org/violencia-contra-as-mulheres-e-pandemia-global-diz-chefe-da-onu/>

ONU Mulheres Brasil. (2020, April 4). *Violência contra mulheres e meninas é pandemia das sombras*. <https://nacoesunidas.org/artigo-violencia-contra-mulheres-e-meninas-e-pandemia-das-sombras/>

Organização Mundial da Saúde. (2017, November). *Folha informativa – Violência contra as mulheres*. [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820)

Organização Mundial de Saúde. (2020, March). *Covid-19 e a Violência contra a Mulher: O que o setor/sistema de saúde pode fazer?* <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/vaw-covid-19/pt/>

Painel do Orçamento Federal. (2019). *Portal da Transparência*. <http://www.portaltransparencia.gov.br/>

R7 Notícias. (2020, April 13). *Violência contra a mulher avança com coronavírus na América Latina*. <https://noticias.r7.com/internacional/violencia-contra-a-mulher-avanca-com-coronavirus-na-america-latina-13042020>

Schraiber, L. B., Barros, C. R. D. S., Couto, M. T., Figueiredo, W. S., & Albuquerque, F. P. de. (2012). Homens, masculinidade e violência: Estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(4), 790-803. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400011>

Scott, J. (1995). Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71–99.

Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2011). *Diretrizes para Implementação dos Serviços de Responsabilização e Educação dos Agressores*. Governo Federal do Brasil.

Segato, R. L. (2003). La argamasa jerárquica: Violência moral, reproducción del mundo y la eficacia simbólica del derecho. *Série Antropologia*, 332. <http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/bitstream/123456789/150/1/RCIEM131.pdf>

Souza, E. R. de. (2005). Masculinidade e violência no Brasil: Contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 59–70. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100012>

Toledo, E., & Agência Fiocruz de Notícias. (2020, April 29). O aumento da violência contra a mulher na pandemia de Covid-19: Um problema histórico. *Agência Fiocruz de Notícias*. <https://agencia.fiocruz.br/o-aumento-da-violencia-contra-mulher-na-pandemia-de-covid-19-um-problema-historico>

Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa Da Violência 2015 – Homicídio de mulheres no Brasil*. FLACSO. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Welzer-Lang, D. (2001). A construção do masculino: Dominação das mulheres e homofobia. *Estudos Feministas*, 9(2), 460–482.

Wittig, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Editorial EGALES.



# UM NOIA É UM *SUJEITO-HOMEM*? USO DE CRACK E MASCULINIDADES<sup>27</sup>

*Iara Flor Richwin  
Valeska Zanello*

---

Homens e mulheres apresentam diferenças em variadas dimensões e experiências que envolvem o uso de crack, revelando especificidades socioculturais e subjetivas. Este capítulo teve como objetivo analisar, sob a perspectiva dos estudos de gênero e das masculinidades, como o uso problemático de crack em homens se articula com os caminhos de subjetivação da masculinidade hegemônica em nossa cultura. Destaca-se a relevância dessa perspectiva epistemológica na compreensão dos fenômenos subjetivos de homens no campo da saúde mental relacionado ao uso de crack e outras drogas. Ela possibilita uma sofisticação da escuta e da compreensão dos sofrimentos envolvidos e contribui com subsídios para o desenvolvimento de estratégias de cuidado gênero-responsivas.

## **Introdução**

Dados epidemiológicos sobre o uso de drogas, tanto no contexto nacional quanto internacional, revelam uma relação direta do gênero com a prevalência do uso e com os padrões de consumo. Corroborando estudos e dados anteriores, a última pesquisa sobre o consumo de drogas no Brasil realizada pela Fiocruz – III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (Bastos, Vasconcellos, De Boni, Reis & Coutinho, 2017) – revela que o uso de alguma substância ilícita ou de múltiplas substâncias (com pelo menos uma ilícita) foi mais frequentemente reportado pelos homens do que pelas mulheres, com diferenças estatisticamente significativas. De acordo com os autores, com relação ao conjunto das substâncias ilícitas, o Brasil ocupa um lugar intermediário entre, de um lado, os países que tendem a uma relativa homogeneidade dos padrões de consumo de drogas ilícitas por sexo (Estados Unidos, Canadá e Europa Setentrional) e, no lado oposto, sociedades como a iraquiana, que apresentam diferenças acentuadas com relação ao padrão de consumo por sexo.

Com relação ao uso de crack, que será analisado em sua especificidade no presente estudo, observa-se o mesmo padrão de consumo por sexo das drogas ilícitas em geral. Segundo a pesquisa realizada pela Fiocruz sobre o consumo

---

27 Parte dos dados deste texto é oriunda da pesquisa de doutorado realizada por Iara Flor Richwin no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica Cultura da Universidade de Brasília.

de crack no Brasil (Bastos & Bertoni, 2014), ele é feito majoritariamente por homens, que representam 78,7% das pessoas que fazem uso dessa substância.

Não obstante, as diferenças por sexo no que tange ao uso dessa droga não se restringem apenas a uma maior prevalência do uso por homens. Alguns estudos têm se dedicado a comparar diferentes aspectos entre homens e mulheres que fazem uso de crack no Brasil e, com relação aos padrões de uso da droga, têm constatado que a idade de iniciação do uso de crack é menor para homens do que para mulheres (Guimarães et al., 2017), que eles apresentam maior tempo médio de uso do que elas (Bastos & Bertoni, 2014) e maior prevalência de uso de múltiplas drogas associado ao uso de crack (Bertoni et al., 2014; Guimarães et al., 2017). Contudo, Bastos & Bertoni (2014) e Guimarães et al. (2017) encontraram que as mulheres fazem um uso mais intenso do crack do que os homens e, como apontado por Bertoni et al. (2014) e Sanvicente-Vieira et al., (2019) algumas pesquisas têm indicado que elas podem progredir mais rapidamente de um uso de drogas relativamente mais controlado e menos danoso para o uso abusivo e problemático.

Essas pesquisas revelam que a história prévia de encarceramento é significativamente mais frequente entre os homens e que um número maior de mulheres referiu estar em situação de rua (Bastos & Bertoni, 2014; Bertoni et al., 2014; Guimarães et al., 2017; Sanvicente-Vieira et al., 2019). Com relação à obtenção de dinheiro e renda, os estudos constataram que, enquanto as formas mais frequentemente utilizadas pelos homens eram trabalhos (principalmente informais) ou atividades ilícitas, as mulheres recorriam mais comumente a trabalhos sexuais ou pedidos de esmolas (Bertoni et al., 2014; Guimarães et al., 2017). Além disso, a prostituição, a violência sexual e a infecção por HIV e/ou outros vírus de transmissão sanguínea foi significativamente mais frequente entre as mulheres (Bastos & Bertoni, 2014; Bertoni et al., 2014; Guimarães et al., 2017; Sanvicente-Vieira et al., 2019; Vernaglia, Leite, Faller, Pechansky, Kessler & Cruz, 2017).

A pesquisa de Bertoni et al. (2014) revelou, ainda, que os homens utilizam menos os serviços sociais e de saúde do que as mulheres. O estudo de Andretta, Limberger e Schneider (2016) revelou que os homens usuários de crack, quando comparados às mulheres, têm um repertório significativamente menor nas habilidades de conversação e desenvoltura social, e de autoafirmação na expressão de afetos positivos. A pesquisa de Sanvicente-Vieira et al. (2019) identificou que os homens reportaram maior frequência de conflitos e brigas recentes com pessoas próximas. Por fim, com relação a comorbidades psiquiátricas ao longo da vida, esse mesmo estudo identificou que os homens apresentaram maior prevalência de transtorno por uso de alucinógenos, pânico com agorafobia e transtornos do humor induzidos por substâncias.

Já as mulheres apresentaram maior prevalência de transtornos relacionados a fatores traumáticos e/ou estressantes, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de ansiedade (Sanvicente-Vieira et al., 2019).

Identifica-se, portanto, que homens e mulheres apresentam diferenças significativas nas mais diversas dimensões que envolvem o uso de crack e as experiências de vida relacionadas. Nesse sentido, ressalta-se a importância de pesquisas que investiguem e compreendam o uso de drogas a partir de uma perspectiva de gênero, de forma a subsidiar o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas e intervenções gênero-responsivas, que levem em consideração e atendam as especificidades de mulheres e homens que fazem uso de crack (Alves & Rosa, 2016; Andretta et al., 2016; Bertoni et al., 2014; Guimarães et al., 2017; Moraes, Roso & Lara, 2018; Ramiro, Padovani & Tucci, 2016; Sanvicente-Vieira et al., 2019). A despeito de sua relevância, a produção científica sobre o uso de crack a partir de uma perspectiva de gênero ainda é escassa (Alves & Rosa, 2016; Fertig et al., 2016; Jalil, Coutinho, Bertoni & Bastos, 2014; Limberger, Schneider & Andretta, 2015; Moraes et al., 2018; Ramiro, Padovani & Tucci, 2014; Vernaglia, Vieira e Cruz, 2015). Além disso, a produção científica existente ainda repousa, predominantemente, em pressupostos biológicos e farmacológicos (Alves & Rosa, 2016; Malheiro, 2018).

Como destacado por Malheiro (2018), apoiando-se nas contribuições de Campbell (2003), o campo de pesquisas sobre drogas e gênero é atravessado por um reducionismo biológico que busca explicar as diferenças observadas entre homens e mulheres a partir de perspectivas cuja ênfase recai quase exclusivamente nas diferenciações endocrinológicas, hormonais e metabólicas, negligenciando os determinantes socioculturais envolvidos. No âmbito deste texto, ao contrário, consideramos que a reflexão acerca da complexidade que envolve o uso de drogas e sua intersecção com o gênero deve perpassar uma interpretação social, histórica e cultural (Alves & Rosa, 2016; Malheiro, 2018) e deve considerar as desigualdades entre os lugares sociais dos homens e das mulheres em nossa sociedade, as distinções nas formas em que são interpelados social e subjetivamente, e as especificidades em seus processos de subjetivação (Zanella, 2018).

Nesse sentido, para uma adequada compreensão do uso de substâncias psicoativas e dos processos subjetivos implicados, deve-se levar em consideração que gênero é um poderoso determinante social, com papel constitutivo e estruturante dos processos de subjetivação e de saúde mental em nossa sociedade (Zanella, 2018). Especificamente com relação ao uso de crack por homens, consideramos que os estudos das masculinidades podem contribuir para o entendimento da relação entre, de um lado, esse uso e seu lugar, função



e consequências na vida dos usuários e, de outro lado, os processos pelos quais os homens se subjetivam em nossa cultura contemporânea.

Por exemplo, em pesquisa etnográfica sobre o Primeiro Comando da Capital (PCC), ao analisar o processo de interdição do crack nas cadeias de São Paulo, Biondi (2011) identificou que as ideias e condutas éticas subjacentes a essa interdição operada pelo PCC estabelecem uma relação direta entre o uso de crack e a masculinidade. Na interpretação dos membros do PCC, o crack é a droga com maior potencial de comprometer a dignidade e a hombridade de seus usuários: “De acordo com as experiências empíricas daqueles que convivem com usuários” o crack é entendido como a droga que “mais facilmente transforma um sujeito-homem em noia” (Biondi, 2011, seção “Nas ruas”, para. 4). Nessa formação discursiva nativa dos membros do PCC – que, de certa forma, atravessa as fronteiras do universo prisional e se espraia pelas comunidades e “quebradas” (Biondi, 2011) – fica explícito o estabelecimento de uma oposição marcante entre um usuário de crack (um “noia” ou “noiado”, como são pejorativamente nomeados) e o homem.

Essa oposição reforça a importância da perspectiva epistemológica dos estudos de gênero e das masculinidades para a compreensão do uso de crack por homens e leva-nos a uma pergunta que sintetiza as questões centrais do presente estudo: Um *noia* é um “*sujeito-homem*”? Ou, em outras palavras: como se dá essa relação entre o uso de crack por homens e a masculinidade?

A despeito de sua importância para a compreensão de fenômenos subjetivos que envolvem homens, a utilização dos estudos das masculinidades pela psicologia ainda é incipiente (Barral & Zanello, prelo). Em revisão sistemática da literatura sobre o tema no campo da psicologia brasileira, Barral e Zanello (no prelo) encontraram uma escassez na produção científica que utiliza os estudos das masculinidades no entendimento dos fenômenos psicológicos e da saúde mental de homens. Além disso, também constataram que os poucos trabalhos que buscam fazê-lo se apoiam em grandes autoras de referência do feminismo, mas ignoram as principais referências e especificidades dos estudos das masculinidades, subaproveitando os aportes já estabelecidos nesse campo.

No contexto brasileiro atual, Zanello (2018) propõe a categoria analítica de “dispositivo da eficácia” para se pensar a masculinidade hegemônica, que é articulada a diferentes masculinidades locais e subordinadas. Segundo a autora (2018), o dispositivo da eficácia configura os caminhos privilegiados de subjetivação para os homens e é constituído por dois pilares fundamentais, que determinam as injunções identitárias e prescrevem os atributos de um “verdadeiro homem” no presente momento histórico: a virilidade laborativa e a virilidade sexual.

Historicamente, a virilidade laborativa configurou-se com a consolidação do capitalismo, que engendrou um processo de redefinição da masculinidade

tradicional, no qual a força física e a honra foram substituídas pelo sucesso, dinheiro e trabalho (Saffiotti, 1987; Zanello, 2018). O valor do trabalho atingiu proporções inauditas anteriormente e, como destacado por Zanello (2018), assumiu uma dimensão moral, passando a funcionar como parâmetro de julgamento da dignidade e honra de um homem. Nesse mesmo processo, o reconhecimento, o status, a possibilidade de acúmulo financeiro e o acesso aos bens de consumo emergiram como “coroação” da virilidade laborativa (Zanello, 2018, p. 235).

Segundo Welzer-Lang (2001), o processo de socialização de meninos e rapazes ocorre em uma metafórica “casa dos homens”, que prescreve o ideal de um “verdadeiro homem” e ensina a hierarquizar os investimentos libidinais. Prioritariamente, o investimento deve recair sobre o trabalho externo, em geral assalariado, lugar de exercício da virilidade, de certezas, lugar onde os homens se realizam, se superam, produzem, veneram o “deus performance” e competem entre si. Apenas em uma dimensão secundária, se dá o investimento na vida doméstica, no ambiente conjugal e familiar, geralmente considerados como consequências da conquista profissional, “medalhas” da virilidade bem-sucedida (Welzer-Lang, 2013, p. 137).

Welzer-Lang (2013) ressalta que é pelo trabalho que os homens expressam e asseguram sua virilidade e adquirem o reconhecimento, o mérito, as recompensas e os privilégios. Ou, ao contrário, é no campo do trabalho que se dá o declínio de sua virilidade, em determinadas situações de desemprego, aposentadoria, problemas de saúde física ou mental. Segundo o autor, essas situações conformam um tipo de mobilidade social em que alguns homens perdem ou têm reduzidas suas “medalhas” e privilégios da virilidade, “quando não é a própria virilidade que desaparece e se transforma em depressão” (p. 137, tradução nossa).

O outro pilar do dispositivo da eficácia, a virilidade sexual, desdobra-se em duas injunções identitárias intimamente entrelaçadas: a positiva, que prescreve a produção de performances sexuais ativas; e a negativa, que se dá no sentido da interdição de experiências e prazeres sexuais anais e na repulsa a ser penetrado (Zanello, 2018). Como destacado por Badinter (1992) e Bourdieu (1998), a virilidade sexual coloca-se como atributo central da masculinidade hegemônica não apenas no sentido da excelência do desempenho sexual, mas, igualmente, no sentido de demonstrar, transparecer, exibir e provar esse desempenho e potência sexuais. Dessa forma, um “verdadeiro homem” seria um “produtor/trabalhador/provedor” de sucesso; e um “comedor” ativo, que prova seu desempenho sexual, penetra e demonstra aversão ao “ser penetrado”, distanciando-se dos significados e estigmas culturalmente atribuídos à posição passiva da penetração, a saber, a abdicação do poder e do controle, ser dominado, fraqueza e submissão (Zanello, 2018).

Em suma, o dispositivo da eficácia – que estabelece a masculinidade hegemônica no Brasil atual – tem como principais valores as seguintes características: trabalho, sucesso profissional e financeiro; função de provedor; excelência de desempenho e sua comprovação; proações; força, coragem, capacidade de lutar, agressividade; direito à dominação e à violência; honra, dignidade, sucesso, poder; controle, independência e autonomia (Badinter, 1992; Bourdieu, 1998; Welzer Lang, 2008). Paralelamente, os pontos de vulnerabilidade psíquica e identitária que se conformam relacionam-se com as experiências de falha, insucesso ou impotência nessas diferentes esferas (Zanello, 2018).

Diante do exposto, este capítulo teve como objetivo analisar, sob a perspectiva dos estudos de gênero e das masculinidades, como o uso problemático de crack em homens (com suas funções e consequências nas vidas dos usuários) se articula com os ideais, valores normativos, injunções identitárias e caminhos de subjetivação que compõem a masculinidade hegemônica em nossa cultura.

## Método

Utilizou-se o método clínico-qualitativo de pesquisa, que consiste em uma “particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das Ciências Humanas”, voltados especificamente para “os *settings* das vivências em saúde” (Turato, 2005, p. 510). Segundo Turato, esse método “busca interpretar os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos [...], acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença” (Turato, 2005, p. 510).

O campo da pesquisa foi o *setting* de saúde de um grupo de psicoterapia para usuários de drogas de um CAPS-AD de uma capital brasileira, cuja condução era realizada por uma das pesquisadoras. Analisou-se o período de janeiro de 2012 a outubro de 2014. O grupo de psicoterapia tinha frequência semanal, seus encontros tinham duração de duas horas e eram conduzidos por dois psicólogos, que trabalhavam com os conteúdos levantados pelos próprios participantes, sem diretividade pré-estabelecida. O grupo era destinado a todos os usuários do serviço cuja problemática envolvesse o uso de diferentes drogas e que tivessem desejo e disponibilidade para participar. Era um grupo aberto, sem limitação do período de participação, e sempre poderiam ser incluídos novos participantes, o que tornava sua configuração bastante variável a cada encontro. Contudo, uma constante observada é que o grupo era composto predominantemente por homens. A maior participação feminina registrada nesse período foi de cerca de quatro mulheres, enquanto a masculina variava de 10 a 20 homens. Apesar de ser aberto a usuários de múltiplas drogas, o grupo apresentou, ao longo do período analisado, a característica marcante

de ser composto predominantemente por sujeitos cuja problemática principal era atribuída ao uso abusivo de crack.

Após o encerramento de cada encontro, os dois psicólogos responsáveis pela condução reuniam-se para discutir as principais questões que emergiram relacionadas à dinâmica ampla do grupo ou a casos singulares. Nesse momento, também realizavam os registros do andamento do grupo e da participação de cada paciente em seu prontuário institucional. Nesses registros, era realizada uma descrição do funcionamento geral do grupo, das principais temáticas abordadas, bem como da participação e das falas mais relevantes dos usuários presentes<sup>28</sup>.

Ressaltamos que a presente pesquisa foi realizada após o encerramento das atividades da pesquisadora como psicóloga que conduzia o grupo, evitando o risco de que os objetivos da investigação influenciassem a condução e intervenções no grupo. Alinhamo-nos, assim, às “recomendações” de Freud (1912/2006) acerca da importância de não “trabalhar cientificamente” (p. 128) num caso enquanto seu tratamento ainda está em andamento, de forma a evitar que o desenvolvimento e interesses de pesquisa interfiram ou prejudiquem o processo clínico.

O *corpus* dos dados e materiais clínicos da pesquisa foi constituído pelos registros escritos do grupo, referentes ao período compreendido entre janeiro de 2012 e outubro de 2014, e pelas anotações feitas nos prontuários institucionais dos participantes sobre suas falas e manifestações em cada encontro, no mesmo intervalo de tempo. Dessa forma, a estratégia metodológica utilizada consistiu na análise documental pós-fato, a partir dos registros descritos anteriormente.

Para analisar e interpretar os dados textuais foi utilizada a estratégia da “análise de conteúdo” de Bardin (2016), adequada para as pesquisas clínico-qualitativas, que possibilita, segundo Campos e Turato (2009), produzir conhecimentos subjacentes a determinadas mensagens e ancorá-las a um quadro de referenciais teóricos. A primeira etapa da análise dos dados consistiu em uma pré-exploração (Bardin, 2016) de todo o *corpus* textual, realizada por meio de repetidas leituras dos registros relacionados ao grupo de psicoterapia. A partir disso, foram identificadas e isoladas as falas, intervenções, queixas e manifestações que emergiram no grupo no período analisado e que indicavam articulações com a questão da masculinidade e do “ser homem” em nossa cultura. Nesse momento da análise, partiu-se das falas e manifestações dos sujeitos (transcritas pelos psicólogos do grupo) para, em seguida, buscar vinculá-las ao referencial teórico utilizado na pesquisa (Campos &

28 Quando pertinentes à argumentação, algumas falas são aqui reproduzidas, sem identificação do paciente, grafadas em itálico e entre aspas

Turato, 2009), a saber, os estudos de gênero e das masculinidades apresentados na introdução deste texto.

A segunda etapa da análise dos dados consistiu no processo de codificação e categorização das falas e manifestações emergentes pelo critério de relevância, que, segundo Campos e Turato (2009), não é simplesmente quantitativa e não se refere apenas a uma repetição numérica dentre os conteúdos, mas diz respeito à importância do dado para a compreensão dos fenômenos pesquisados. Nesse sentido, primeiramente foi realizada uma codificação temática, na qual se buscou identificar os diferentes “núcleos de sentido” (Bardin, 2016) do material, que foram os seguintes: a) Perda da capacidade laborativa e produtiva; b) Perdas materiais e financeiras; c) Situações de impotência, fracasso e falta de controle; d) Fragilização dos vínculos familiares e do papel de provedor e chefe da família; e d) uso de crack e o campo da sedução e da sexualidade. Após o processo de codificação, esses diferentes núcleos temáticos foram agrupados, a partir de suas características comuns, em duas categorias, cuja construção foi embasada tanto por sua pertinência ao material de análise quanto pelo enquadre teórico adotado.

Ressaltamos que todos os nomes aqui utilizados são fictícios e que nenhum dado que possibilitasse a identificação dos participantes foi revelado, de forma a preservar a privacidade, a proteção da identidade e a confidencialidade. O projeto do qual este estudo é oriundo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília<sup>29</sup>.

## Resultados e discussão

O processo de análise dos dados resultou na construção das seguintes categorias: I) “Perdas e fragilizações na virilidade laborativa”; e II) “(Hiper) investimento na virilidade sexual”. Essas categorias de análise, ao mesmo tempo em que ordenam e agrupam os dados empíricos a partir de seus aspectos comuns e de sua coesão (Bardin, 2016; Campos & Turato, 2005), dialogam diretamente com a categoria conceitual de dispositivo da eficácia, como será desenvolvido adiante. É importante destacar que a primeira categoria apareceu de forma muito mais frequente e exacerbada nas falas e manifestações dos participantes do grupo, revelando um intenso sofrimento dos mesmos no que tange às temáticas envolvidas. Já a segunda categoria, centrada em um mecanismo de tentativa de reparação narcísica, apareceu menos recorrentemente, mas se mostrou relevante na compreensão do funcionamento da masculinidade nesse grupo.

29 (CAAE: 61270116.4.0000.5540 / nº do parecer: 1.934.747).

## ***Perdas e fragilizações na virilidade laborativa***

Queixas relacionadas ao campo do trabalho e à perda da capacidade produtiva apareceram com frequência e relevância nos registros: perda do emprego relacionada ao uso da droga; incapacidade de manter a assiduidade e estabilidade; trajetória de trabalhos precários e mal remunerados; impossibilidade de trabalhar por encontrar-se internado; insegurança e sentimento de não estar apto para trabalhar; impossibilidade de trabalhar devido à discriminação e ao preconceito. Lembranças de um tempo em que eram “profissionais”, “trabalhadores” e cumpriam com suas responsabilidades eram evocadas com frequência e orgulho saudoso.

A pesquisa da Fiocruz (Bastos & Bertoni, 2014) sobre o uso de crack corrobora os dados apresentados acima, revelando uma situação de precariedade no domínio do trabalho e geração de renda entre a maioria dos usuários de crack no Brasil. Segundo esse levantamento, trabalhos esporádicos (“bicos”) constituíram a forma mais comum de obtenção de dinheiro relatada pelos usuários de crack – 65% – e, em segundo lugar, a renda proveniente de esmolas – 12,8%. Apenas 4,2% relataram ter um trabalho regular com carteira assinada como fonte de renda e 8,19% apontaram ser esta proveniente de trabalho regular sem carteira assinada.

É importante fazer a ressalva de que não é possível estabelecer uma relação de causalidade simples e unidirecional entre o uso de crack e a situação de desemprego ou empregos precários. Em muitos casos, ao contrário, o desemprego ou a precariedade laborativa podem constituir uma condição preexistente ao uso da droga, tendo inclusive contribuído com seu caráter abusivo e problemático. Não obstante, independentemente da construção de uma causalidade, a análise dos registros do grupo revelou que os participantes estabeleciam uma relação estreita entre o uso abusivo da droga e a fragilidade no campo laborativo e produtivo.

O uso problemático parece relacionar-se, assim, diretamente com a precarização de um dos principais pilares não apenas da sobrevivência econômica, mas também da própria masculinidade (Welzer-Lang, 2008; Zanello, 2018). Como desenvolvido na introdução deste capítulo, o trabalho constitui uma âncora identitária para os homens, a partir da qual eles são avaliados e julgados no que diz respeito ao seu valor moral, à sua honra e à sua dignidade (Zanello, 2018), não apenas pelos outros, mas por si mesmos. Consequentemente, o insucesso nessa esfera se estabelece como fator de desempoderamento e ponto de maior vulnerabilidade psíquica para eles, uma vez que interpela aspectos identitários culturalmente construídos sobre o “ser homem” em nossa sociedade.

Ou seja, identifica-se que o sofrimento no campo laborativo não se encerra apenas na perda do emprego em si, na dificuldade ou impossibilidade de trabalhar e nas consequentes dificuldades econômicas. Ao contrário, esse sofrimento deve ser compreendido em sua estreita relação com uma perda identitária, com o declínio da virilidade, com a impossibilidade do exercício de certa masculinidade prescrita socialmente de forma hegemônica, em suma, com a impossibilidade de ser um “verdadeiro homem”. Trata-se, a um só tempo, de uma perturbação das possibilidades de sobrevivência econômica e de uma perturbação viril, que engendra processos de desvalorização social e impactos subjetivos deletérios.

O caso de Sérgio, paciente de 47 anos de idade, que trabalhou ao longo de toda a vida como cozinheiro, é revelador dessa dimensão do trabalho para os homens. Seu trabalho como cozinheiro sempre foi a principal insígnia identitária apresentada por ele no contexto terapêutico do CAPS-AD; era sua primeira característica a ser apresentada nos grupos, a principal temática abordada em suas falas e sua principal fonte de valorização. Orgulhoso de si, Sérgio sempre convidava os profissionais do CAPS-AD para almoçar no restaurante em que cozinava. Entretanto, esse trabalho começou a se mostrar problemático, pois envolvia o uso de bebidas alcóolicas como ingrediente dos pratos, o que lhe instigava a vontade de beber e o induzia a recaídas que progrediam para o uso de cocaína e crack. Sérgio se sentia impossibilitado de estar nesse ambiente e achou melhor parar de trabalhar, o que desencadeou um processo de sofrimento e de “esvaziamento identitário”. Ele passou a se queixar de tristeza, angústia, irritabilidade e, principalmente, diminuição da autoestima e sentimentos autodepreciativos. No mesmo sentido, Hélio, outro participante do grupo, associava seu “*nervosismo*” e sua sintomatologia depressiva à solidão, mas, principalmente, à falta de emprego. A dimensão desvirilizante do insucesso na esfera do trabalho se mostra de forma muito nítida também na fala de Emílio quando, ao manifestar seu sofrimento diante de sua “*irresponsabilidade*” e de suas dificuldades para trabalhar, disse se sentir em uma posição regredida e infantilizada: “*é como se eu fosse mais um filho da minha mulher*”.

Relacionada com a fragilização do trabalho, mas não só, também apareceu nos registros com significativa frequência a temática das perdas financeiras e materiais. Além de não estarem engajados em uma atividade que constituísse fonte de renda, muitas vezes o uso compulsivo da droga levava os sujeitos a gastos excessivos, endividamento e venda ou troca do patrimônio material. Esta última situação, na qual se vende ou se troca desde itens domésticos e roupas, até patrimônios maiores, era considerada pelos usuários como um ponto extremo da trajetória de uso da droga: “*Vendi até meu tênis e minha*



*bermuda*"; “*Roubei da minha própria casa, da minha própria família*”; “*Tudo que eu tinha virou fumaça*”. Essas situações eram expressadas normalmente com muita culpa e vergonha, ressentidas como o extrapolar de um limite moral (Rui, 2014).

Em sua etnografia em cenas de uso e comercialização do crack, Rui (2014) ressalta que a questão das trocas movimenta um importante imaginário simbólico no que se refere ao comércio dessa droga: comenta-se sobre a desproporção de valores nos intercâmbios efetuados; diz-se que “um usuário, em estágio avançado de compulsão rouba ‘o que vê pela frente’ para trocar por drogas” (p. 179); por uma “pedra”, “vende até a mãe” (p. 189). Portanto, por si só, a dinâmica do comércio do crack engendra um imaginário que aloca o usuário no mais baixo nível de uma hierarquização moral, promovendo um processo de desumanização (Rui, 2014).

De maneira complementar, uma leitura sob a perspectiva dos estudos das masculinidades permite um refinamento da compreensão do sofrimento psíquico relacionado à questão financeira e material. Observa-se que a dinâmica que atravessa esse vínculo extremo com a droga é oposta àquela que, segundo Zanello e Gomes (2010), constitui a própria chancela da virilidade em nossa sociedade capitalista – a conquista e acúmulo de dinheiro e bens materiais. Como já mencionado, a virilidade laborativa é coroada pelo acúmulo financeiro e pelo acesso ao consumo. Portanto, na medida em que se dá a falência de um dos atributos socialmente mais valorados da masculinidade – dinheiro, consumo e bens materiais –, a própria virilidade também é colocada em xeque.

Nesse sentido, é emblemática a fala de Alexandre, um homem de cerca de 30 anos de idade, à época internado em uma comunidade terapêutica: “*Os buracos da latinha do crack são bem pequenininhos, mas lá dentro cabe casa, carro, televisão, trabalho, família, minha dignidade, meu respeito...*”. Essa fala explicita um sofrimento relacionado às perdas de bens materiais que teriam sido “sugados pelos buracos da latinha do crack”. Contudo, ao mencionar a perda da dignidade e do respeito, Alexandre indica com muita acurácia que o sofrimento psíquico relacionado ao uso de crack deve ser compreendido para além das próprias perdas. Esse sofrimento tem uma relação estreita com o fato de ter sido atingido um ponto de grande vulnerabilidade psíquica para os homens – o desempoderamento material e financeiro, que acarreta, por sua vez, um desempoderamento simbólico e a experiência de se sentirem “menos homens” (Zanello, 2018, p. 235).

Além disso, apareceram nos registros não só as perdas materiais e financeiras como fonte de sofrimento, mas a própria incapacidade de possuir e administrar o dinheiro, por ele constituir um fator de risco para o uso. Há vários registros de relatos em que o paciente dizia não querer retomar a atividade profissional por “medo” do “pagamento”: “*tá muito cedo pra mexer com*



*dinheiro*”, dizia João, paciente de 25 anos, sobre seu receio em retomar uma atividade remunerada. Outro exemplo é o caso de Diógenes, um homem de 37 anos, que exprimia o desejo de trabalhar, mas temia que a rotina e o dinheiro o induzissem a uma nova recaída. Com efeito, Diógenes chegou a fazer uma tentativa de trabalhar como auxiliar de cozinha, mas ao seu primeiro salário seguiu-se uma recaída grave. Ou seja, noções de controle, independência e autonomia, tão caras ao ideal hegemônico de masculinidade (Zanello, 2018), também são colocadas em questão.

Essa evocação do sofrimento relacionado à perda do controle de si e aos sentimentos de fracasso e impotência também compareceu recorrentemente nos encontros do grupo de psicoterapia. Esse sofrimento apareceu tanto relacionado à dificuldade de controlar o dinheiro quanto à sensação de impotência diante das recaídas ou da dificuldade de interromper o uso. A perda de controle de si conduz ao oposto das prescrições identitárias que constituem o dispositivo da eficácia: o domínio não somente sobre as mulheres, mas também sobre si mesmo (Zanello, 2018). Manifestar o descontrole e a impotência diante de situações tanto internas (subjettivas) quanto externas e expressar afetos, sentimentos e sofrimentos tem um papel “desvirilizante” (Zanello, 2018).

Ou seja, esses homens não sofrem pura e simplesmente pela falta de controle e autodomínio, e pela sensação de impotência diante de sua compulsividade na relação com a droga, mas são questionados e questionam-se identitariamente no exercício de sua masculinidade, se sentindo menos viris. Nesse sentido, Sérgio se submetia continuamente a situações que ele nomeava de “*roleta russa*”, nas quais ia a festas e ambientes de uso de drogas, pois “*precisava ter convicção*” de que não usaria, ou seja, precisava provar para si mesmo que tinha capacidade de controle e autodomínio. Para Diógenes, a sensação de não conseguir controlar-se e de ser “*impotente perante o crack*” mostrava-se tão central em sua construção identitária e causava tamanho sofrimento que, após graves recaídas, ele já havia cometido múltiplas tentativas de suicídio. Fábio, após uma recaída, disse estar se “*sentindo muito mal, um bosta, com vergonha de todos, sem coragem de sair de casa*”, diante de seu descontrole.

A pesquisa de Biondi (2011) citada anteriormente também aporta questões reveladoras dessa relação do descontrole com a masculinidade. Como destacado pela autora, na lógica do PCC, o que é problemático não é a substância ou seu consumo, “mas o controle de si na interação do usuário com a substância [...]” (Biondi, 2011, seção “Nas ruas”, para. 4). Portanto, o que está em questão é a capacidade do sujeito de “manter sua dignidade, sua hombridade, que permaneça *sujeito-homem*, que tenha controle de si [...]” (Biondi, 2011, seção “Nas ruas”, para. 4).

A falta de controle de si, a falta de controle com o dinheiro, a relação problemática ou inexistente com um emprego, fatores que, como apontamos,

colocam em xeque sua masculinidade, desaguam na incapacidade de prover e de exercer assim o papel de “chefe de família”. Isso pode ser observado nas repetidas queixas de Josué por sentir que estava “perdendo o controle da vida profissional e familiar”. Como ressaltado por Welzer-Lang (2013), as preocupações dos homens em relação aos filhos referem-se principalmente à capacidade de assegurar as condições materiais e financeiras, e esse foi o espaço construído histórica e socialmente para eles dentro da família, no Brasil (Del Priore, 2011). A fala de Otto sobre seu sentimento de culpa por “*não dar condições*” para suas filhas revela seu sofrimento localizado exatamente nessa dimensão. Como aponta Saffiotti (1987), em países sexistas como o Brasil, o “verdadeiro homem” deve ser o chefe e provedor da família e não lhe é permitido fracassar. Uma vez fragilizada a capacidade de prover, fragiliza-se igualmente o elo que conecta o homem à família, como se não houvesse outros posicionamentos ou funções viáveis e só existisse a possibilidade de vínculo e presença por meio da virilidade laborativa e da provisão financeira e material.

O uso abusivo de crack e suas consequências na vida dos usuários eram fatores que promoviam vergonha e culpa, levando-os a se afastarem ainda mais da família. Esse afastamento era descrito pelos participantes do grupo como fonte de intenso sofrimento e a restituição dos laços familiares era apontada como um dos principais objetivos do tratamento. Jorge, quando abordava o seu papel de pai, referia-se aos sentimentos de culpa, vergonha e fracasso. Manifestava frequentemente seu desejo de reaproximar-se das filhas, mas a percepção de si mesmo como alguém que nem conseguia trabalhar, como um “*fraco*”, “*irresponsável*”, e “*fracassado*” o desencorajava: “*eu sou covarde, não tenho coragem*”.

Em síntese, a análise desta categoria evidencia que o uso abusivo e problemático de crack se relaciona diretamente com a fragilização de um dos pilares fundamentais do dispositivo da eficácia – a virilidade laborativa. Por outro lado, como será discutido a seguir, o uso de crack assume um sentido inverso com relação ao outro pilar do dispositivo da eficácia, a saber, a virilidade sexual.

### ***(Hiper)investimento na virilidade sexual***

O uso da expressão “*recaída da calcinha*” foi significativo nos registros analisados. Ela era utilizada por diversos participantes para designar dois tipos de situações: aquelas em que o homem retomava o uso de drogas intencionalmente para desinibir-se, seduzir e envolver-se sexualmente com mulheres, dando provas de sua potência sexual; e as ocasiões em que se envolvia com uma mulher cujo uso de drogas o induzia a uma recaída. “*No puteiro, já era... a mulher vai querer ou vai estar usando e eu vou querer usar também*”. No sentido dessa fala de André, participante do grupo de 30 anos

de idade, a “*recaída da calcinha*” reatualiza a ideia bíblica do desvirtuamento do homem por meio de uma mulher: aquele que estava conseguindo manter-se abstinente, ao entrar em contato com a calcinha – aqui o símbolo da mulher reduzida à sexualidade – cai em tentação e recai no uso de drogas, de forma a performar e demonstrar sua potência e virilidade sexual.

“*É muito mais difícil recusar [a droga] de uma mulher, do que recusar de marmanjo...tem a sedução né...*”. Com essa fala, Diógenes explicita que negar o uso diante de uma mulher perturbaria ainda mais as certezas de uma masculinidade já colocada em xeque pela trajetória de uso de drogas. Diante da virilidade laborativa minada e da perda do trabalho e da função de provedor como “referência existencial e como escudo” (Zanello, 2018, p. 251), observa-se, por meio do uso da droga, uma tentativa de afirmação da virilidade sexual, como fica patente na seguinte fala de Diógenes: “*eu só me vejo interessante para uma mulher se eu estiver drogado*”. Sérgio também explicitava sua dificuldade em abdicar do uso de drogas – mesmo percebendo que já não lhe davam prazer – principalmente por sua função de facilitar as relações íntimas e sexuais, temendo que uma renúncia à droga também significasse uma renúncia amorosa e sexual. Da mesma forma, Carlos queixava-se de sentir-se retraído e inseguro sem o uso de álcool e de crack, que passaram a constituir condição para seus relacionamentos íntimos e sexuais com mulheres.

A análise dos registros do grupo psicoterapêutico indica, assim, que essa afirmação viril se dá por um (hiper)investimento da virilidade sexual e na adequação às suas injunções imperativas, no sentido de produzir performances, ser ativo, “comedor”, “fodedor”, demonstrar potência sexual, não recusar, seduzir e acumular conquistas (Zanello, 2018). Novamente com Diógenes, isso se manifestava na associação que ele estabelecia entre sua trajetória de uso problemático de crack e as “orgias com prostitutas” que ele fazia frequentemente.

Em suma, face ao enfraquecimento da virilidade laborativa, o uso do crack, pensado em termos de efeito momentâneo, e não de seus efeitos cumulativos ao longo da vida, pode se constituir, também, como tentativa de “reparação narcísica” por meio do (hiper)investimento da virilidade sexual (Zanello, 2018). É importante destacar que essa forma de reparação se dá de forma mais significativa na relação do sujeito com ele mesmo do que por meio da avaliação, valoração e aprovação pelos pares. Trata-se de uma tentativa de provar para si mesmo que ainda se é um “verdadeiro homem”.

## Considerações finais

Para concluir, retomamos a pergunta suscitada pela pesquisa de Biondi (2011): Um *noia* é um “*sujeito-homem*”? Para respondê-la, cumpre refazer os principais passos do caminho aqui percorrido, que buscou compreender a relação entre o uso de crack por homens e a masculinidade. A partir do exame dos dados, de forma concatenada com o referencial teórico mobilizado, foram construídas as duas categorias de análise do estudo: I) Perdas e fragilizações na virilidade laborativa; e II) (Hiper)investimento na virilidade sexual. Identificou-se que cada uma dessas categorias articula-se, de modos distintos, com os pilares fundamentais sobre os quais se constrói o dispositivo da eficácia, que estabelece os caminhos privilegiados de subjetivação para os homens em nossa cultura atual e prescreve os valores constitutivos e as injunções identitárias da masculinidade hegemônica.

Na primeira categoria, identificou-se que o sofrimento relacionado à perda da capacidade laborativa não decorre simplesmente de dificuldades econômicas e das fragilizações das possibilidades de sobrevivência. Uma vez que o trabalho constitui uma das principais âncoras identitárias da masculinidade e que ele é tomado como parâmetro de valorização e julgamento dos homens (tanto pelos outros quanto por si mesmos), a falha nessa esfera produz um sofrimento que se relaciona intimamente com uma falha identitária, com um processo de desvalorização moral e social, com a impossibilidade de atingir aquilo que é atribuído a um “verdadeiro homem”. Na mesma perspectiva, a questão das perdas financeiras e materiais permitiu identificar que a chancela e coroamento da virilidade laborativa são destruídos, na medida em que, com a trajetória de uso abusivo de crack, ocorre a falência da capacidade de aquisição e acumulação de dinheiro e bens materiais, atributos altamente valorados na masculinidade hegemônica. Além disso, também se destacou o papel desvirilizante da perda do controle de si e do autodomínio relacionados ao uso de crack, afetando diretamente sua hombridade. Os sentimentos de impotência e fracasso referidos com frequência pelos participantes do grupo, quando cotejados com os valores e injunções identitárias do dispositivo da eficácia, revelaram que mesmo a compulsividade no uso da droga tem repercussões gendradas, ao promover declínio da virilidade e falhas identitárias no exercício da masculinidade.

Por fim, observou-se, também, que as fragilizações no campo do trabalho, as perdas materiais e financeiras, bem como o controle de si mesmo, promovem a incapacidade de exercer o papel de provedor e chefe de família. Essa incapacidade, além de representar uma ameaça narcísica à masculinidade, também revelou engendrar uma fragilização da vinculação e inserção dos homens em seus núcleos familiares, uma vez que a masculinidade hegemônica

não permite vislumbrar outros posicionamentos, relações ou funções nas dinâmicas familiares.

Dessa forma, identifica-se que, da perspectiva analítica da virilidade laborativa, os *noias* configurariam o próprio antípoda da representação socioculturalmente construída do que seria um “verdadeiro homem”. São existências sentidas, pensadas – tanto pelos outros quanto pelos próprios usuários – e publicizadas a partir do fracasso pessoal e moral, a partir do descontrole e da fraqueza, da perda da dignidade e do “caráter” (Rui, 2014), da impotência produtiva e laboral, e da ruptura dos laços familiares e sociais. A maioria desses homens usuários de crack enfrenta a impossibilidade de se adequar ao modelo e valores hegemônicos da masculinidade no seu viés laborativo. Portanto, uma das principais ancoragens do dispositivo da eficácia resta vulnerabilizada, o que promove fragilidades subjetivas e identitárias, com impactos deletérios na saúde mental.

Por outro lado, a análise da segunda categoria evidenciou que o uso de crack também pode emergir como possibilidade de reconhecimento e reafirmação identitária, mesmo que na relação consigo mesmos. Quando articulado ao campo da sexualidade, o uso de crack foi apontado pelos usuários como meio de exercício e afirmação sexual, constituindo-se, assim, como possibilidade de reafirmação viril e reparação narcísica da masculinidade. Identifica-se, portanto, que, em face de uma dimensão desvirilizante do uso de crack, o *noia* investiria de forma mais acentuada na dimensão da sexualidade, na tentativa de se provar um “*sujeito-homem*”.

Manifesta-se, assim, a importância e potência dos estudos das masculinidades e da categoria analítica do dispositivo da eficácia para a compreensão dos fenômenos subjetivos de homens no campo da saúde mental referido ao uso de crack e outras drogas. Estes estudos possibilitam desvelar aspectos subjetivos e culturais implicados na complexa questão do uso de crack a partir das especificidades de gênero, o que se mostra fundamental, uma vez que as relações de gênero (em sua interseccionalidade com a raça e a classe) são determinantes e estruturantes dos processos de constituição subjetiva em nossa sociedade (Zanella, 2018). Nesse sentido, promove-se uma sofisticação da escuta e da compreensão dos sofrimentos envolvidos, para além da ênfase na substância química e dos processos biológicos. Por fim, destacamos que essa perspectiva pode contribuir com subsídios para o desenvolvimento de estratégias de cuidado e intervenção gênero-responsivas, que levem em consideração as especificidades dos homens em seus prazeres, sofrimentos e vinculações com o crack ou outras drogas.

## REFERÊNCIAS

- Alves, T. M. & Rosa, L. C. S. (2016). Uso de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. *Estudos Feministas*, 24(2), 443-462. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p443>.
- Andretta, I., Limberger, J. & Schneider, J. A. (2016). Social skills in crack users: differences between men and women. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29(45), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0054-4>
- Badinter, E. (1992). *XY: sobre a identidade masculina*. Nova Fronteira.
- Barral, D. & Zanello, V. (no prelo). *Os estudos das masculinidades na psicologia brasileira: da invisibilidade da crítica à crítica da invisibilidade*. Manuscrito submetido para publicação.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Bastos, I., Vasconcellos, M., De Boni, R., Bertoni, N. & Coutinho, C. (2017). *III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira*. Editora ICICT/FIOCRUZ.
- Bastos, F. I. & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Editora ICICT/FIOCRUZ.
- Bertoni, N., Burnett, C., Cruz, M. S., Andrade, T., Bastos, F.I., Leal, E. & Fischer, B. (2014). Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil. *International Journal for Equity in Health*, 13(70), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0070-x>
- Biondi, K. (2010). *Consumo de drogas na política do PCC*. ColetivoDar. <http://coletivodar.org/cartas-na-mesa-consumo-de-drogas-na-politica-do-pcc/>
- Bourdieu, P. (1998). *A dominação masculina*. Bertrand Brasil.
- Campbell, N. D. (2003). *Using women: gender, drug policy, and social justice*. Routledge.

Campos, C. J. G. & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 17(2), 124-129. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>.

Del Priori, M. (2011). *História de amor no Brasil*. Contexto.

Fertig, A., Schneider, J. F., Oliveira, G. C., Olschowsky, A., Camatta, A. W. & Pinho, L. B. (2016). Mulheres usuárias de crack: Conhecendo suas histórias de vida. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(2), 310-316. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160042>.

Freud, S. (2006). Recomendações aos Médicos que exercem a Psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XVII, (pp. 125-136). Imago. (Original publicado em 1912).

Guimarães, R. A., Castro, V. O. L., Oliveira, S. M. V. L., Stabile, A. C., Motta-Castro, A. R. C., Carneiro, M. A. S., Araújo, L. A., Caetano, K. A. A., Matos, M. A. & Teles, S. A. (2017). Gender differences in patterns of drug use and sexual risky behaviour among crack cocaine users in Central Brazil. *BMC Psychiatry*, 17(1), Article 412. <http://doi.org/10.1186/s12888-017-1569-7>

Jalil, E., Coutinho, C., Bertoni, N. & Bastos, F. I. (2014). Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: Resultados do inquérito nacional. in F. I. Bastos & N. Bertoni, N. (Orgs.). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* (pp. 85-100). Editora ICICT/FIOCRUZ.

Limberger, J. Schneider, J. A. & Andretta, I. (2015). Especificidades do tratamento de mulheres usuárias de crack: interface com direitos humanos. *Psicologia em Pesquisa*, 9(2), 139-147. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201500020004>

Malheiro, L. (2018). *Tornar-se mulher usuária de crack: trajetórias de vida, cultura de uso e política sobre drogas no centro de Salvador, Bahia*. (Dissertação de Mestrado. UFBA). <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/28468>

Moraes, M. E. F., Roso, A. & Lara, M. P. (2018). Gênero como uma categoria de análise nos estudos brasileiros sobre mulheres e consumo de crack. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(1), 11-25. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110103>



- Ramiro, F. S., Padovani, R. C. & Tucci, A. M. (2014). Consumo de crack a partir das perspectivas de gênero e vulnerabilidade: uma revisão sobre o fenômeno. *Saúde Debate*, 38(101), 379-392. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140035>
- Rui, T. (2014). *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. Terceiro Nome.
- Saffioti, H. (1987). *O poder do macho*. Moderna.
- Sanvicente-Vieira, B., Rovaris, D. L., Ornell, F., Sordi, A., Rothmann, L. M., Niederauer, J. P. O., Schuch, J. B., Diemen, L., Kessler, F. H. P. & Grassi-Oliveira, R. (2019). Sex-based differences in multidimensional clinical assessments of early-abstinence crack cocaine users. *PLoS ONE*, 14(6), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218334>
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
- Vernaglia, T. V. C., Vieira, R.A.M. S. & Cruz, M. S. (2015). Usuários de crack em situação de rua. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1851-1859. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.11562014>
- Vernaglia, T. V. C., Leite, T. H., Faller, S., Pechansky, F., Kessler, F. H. P. & Cruz, M. S. (2017). The female crack users: Higher rates of social vulnerability in Brazil. *Health Care for Women International*, 38(11), 1170-1187. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1367001>
- Welzer-Lang, D. (2001). A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Estudos Feministas*, 2, 460-482.
- Welzer-Lang, D. (2008). *Les hommes et le masculin*. Éd. Payot & Rivages
- Welzer-Lang, D. (2013). *Nous, les mecs: essai sur le trouble actuel des hommes*. Éd. Payot & Rivages.
- Zanella, V. & Gomes, T. (2010). Xingamentos masculinos: a falência da virilidade e da produtividade. *Caderno Espaço Feminino*, 23(1/2), 265-280.
- Zanella, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Appris.





# PSICODINÂMICA DO TRABALHO: um resgate do protagonismo do trabalhador

*Katsumi Taís Takaki*  
*Carla Antloga*

---

Este manuscrito buscou analisar as contribuições da Psicodinâmica do Trabalho e da Clínica do Trabalho para promover e resgatar o espaço de fala dos trabalhadores. Acredita-se que determinadas formas de organização do trabalho e seus modos de gestão podem não apenas trazer prejuízos de forma individual, mas também fragilizar os laços de solidariedade entre os trabalhadores. Os efeitos de cenários de crise se revelam no aumento da percepção de insegurança, que se manifesta em medo generalizado, emudecimento e solidão. Perante à competitividade, o individualismo se agrava nas organizações, disseminando práticas que precarizam as relações entre os trabalhadores. Esta intrincada cadeia de relações é apropriada pelas empresas, que, uma vez cientes de seus efeitos, utilizam-na como forte instrumento de produtividade e controle social. Os casos descritos a seguir foram conduzidos por pesquisadores da área e exemplificam o potencial das clínicas coletivas, ou seja, sessões realizadas com um grupo de trabalhadores que estão submetidos à mesma organização do trabalho. Ressalta-se, ainda, o caráter de denúncia do sofrimento e do adoecimento, fatores esses que são continuamente banalizados e invisibilizados. Assim sendo, este capítulo tem por objetivo discutir as contribuições da Psicodinâmica do Trabalho para o resgate do protagonismo do trabalhador. Considera-se que espaços coletivos de discussão viabilizam o reconhecimento dos afetos e a legitimação do sofrimento silenciado. Deste modo, a Clínica do Trabalho possibilita, de forma especial, o retorno do trabalhador ao seu lugar de fala, ao seu lugar de sujeito.

## **O trabalhar e suas novas configurações**

Os modos de gestão baseados na intensificação do trabalho e no aumento da produtividade modificaram drasticamente as relações de trabalho nas organizações. No Brasil, por exemplo, a instabilidade do cenário político e econômico associada ao aumento do desemprego agravou o medo e a insegurança dos trabalhadores (Antunes, 2012).

Para Dejours (1987), o medo pode ser utilizado pelas organizações como um instrumento de produtividade e controle social. Apesar do cenário descrito pelo pesquisador em seu texto ser o da França do século XX (e

majoritariamente fabril), a dominação do trabalhador pelo medo permanece atual se considerarmos a realidade brasileira contemporânea.

O medo inerente à possibilidade de desemprego e o consequente impacto na renda familiar, já abalada pela crise econômica, têm emudecido os trabalhadores e desestruturado os coletivos de trabalho (Antunes, 2018). Houve um acirramento da competitividade incentivado pelas organizações, que encontraram no isolamento dos trabalhadores mais uma forma de controle e aumento da produtividade. O clima de instabilidade gera não só insegurança no que se refere ao emprego, como também desconfiança em relação aos colegas de trabalho (Mendes et al., 2016). Os trabalhadores se sentem vigiados e vulneráveis. Temem retaliações e não ousam se queixar em público, apesar do clima de mal-estar coletivo. Assim, torna-se inviável compartilhar um sofrimento que, apesar de coletivo, precisa, por força das circunstâncias, ser vivido de forma individual (Faiman, 2016).

Entretanto, falar sobre o sofrimento é imprescindível. Além de ser uma estratégia mais saudável perante o adoecimento no trabalho, resgata o protagonismo do sujeito (Mendes et al., 2016). Ademais, traz a possibilidade de exercer um direito inalienável: o de falar e de ser ouvido. Nesse sentido, a Psicodinâmica do Trabalho pode promover o resgate do trabalhador, proporcionando um novo olhar sobre o sujeito que trabalha, sujeito este que está inserido em um contexto, em uma realidade de trabalho específica, e que não pode ser compreendido fora dela, principalmente nos processos de saúde-doença (Gama et al., 2016). credita-se não apenas que a organização do trabalho é passível de transformação, mas também que o trabalhador tem papel ativo enquanto agente de mudança da realidade do trabalho (Mendes, 1995). Dessa forma, o sujeito é visto em sua potencialidade.

A circulação da palavra permite o reencontro com o seu afeto, com as dores caladas e o adoecimento banalizado. Por meio da fala o sofrimento torna-se compartilhável, externaliza uma vivência única e pessoal e a concretiza no mundo. Ainda, viabiliza a ressignificação do sofrimento por meio da mobilização subjetiva, processo em que cada trabalhador usa sua personalidade e inteligência para lidar com o real do trabalho, de forma a trazer benefícios para sua saúde mental (Gama et al., 2016).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, o trabalho pode ocupar tanto o lugar da saúde quanto o da patologia, ser fonte de sofrimento ou de prazer (Dejours, 2011). Assim, ele possui dupla função: ser estruturante ou adoecedor, podendo tanto promover dignidade quanto também deteriorar o sujeito e ser alienante. À Psicodinâmica do Trabalho compete não apenas conhecer as relações entre trabalho e saúde mental, mas também registrar os resultados da investigação clínica dessas relações, haja visto ser uma disciplina teórica e clínica, simultaneamente (Mendes, 2007).

Ainda, segundo Duarte e Mendes (2015), a Psicodinâmica do Trabalho propõe o estudo das relações entre homem-trabalho levando em consideração o contexto socioeconômico. As investigações propostas contribuem não apenas para a produção científica e a consolidação da abordagem, mas, sobretudo, mostram o seu potencial para intervenção, prevenção e transformação da organização do trabalho e do adoecimento psíquico.

Assim sendo, este capítulo tem por objetivo discutir as contribuições da Psicodinâmica do Trabalho para o resgate do protagonismo do trabalhador.

Hipotetiza-se que a Clínica do Trabalho, de forma especial, reconduza o trabalhador ao seu lugar de fala e ao seu lugar de sujeito, quando as sessões coletivas propiciam o encontro e a articulação dos afetos entre trabalhadores e clínico-pesquisador.

## **Clínica do Trabalho: intervenção e resistência**

É fundamental haver um espaço para se discutir as relações de trabalho, principalmente quando elas se tornam uma ameaça à saúde mental e fonte de adoecimento. As características dos modos de gestão e da organização do trabalho, somadas ao isolamento provocado pela ausência deste espaço de discussão e reflexão, trazem riscos para a saúde dos trabalhadores (Gaulejac, 2007). Assim, a circulação da palavra é essencial para a constituição de boas relações no trabalho, o que pode promover um coletivo pautado na solidariedade, na cooperação e no reconhecimento. Por sua vez, o espaço público de discussão rompe com o silêncio imposto pela organização do trabalho.

O trabalho permite a transformação da realidade na qual o sujeito está inserido, tendo esse um papel ativo que exige o uso de seu corpo e de seu psiquismo. Freud (1930/2010) relata que a ação de trabalhar pode ser aversiva à humanidade por ser percebida pela imensa maioria como apenas um dever, uma obrigação.

De fato, da forma como o trabalho foi expropriado do indivíduo e apropriado pelo sistema favorece um cenário em que a percepção de vínculo com a tarefa não se dá por vias do prazer, mas, sim, do sofrimento (Gaulejac, 2007). Nossa sociedade banalizou o mal-estar no trabalho e naturalizou que as organizações sejam espaços onde um silêncio conivente é autorizado, e até esperado.

A discussão sobre a relação sujeito-trabalho demanda um espaço adequado para que possa ocorrer, de estrutura propícia e que colabore com o desenvolvimento do senso crítico dos sujeitos, conferindo autonomia, possibilidade de mudança e ressignificação – possibilidades encontradas durante a condução da Clínica do Trabalho. A Clínica do Trabalho é um espaço de fala e de escuta do sofrimento que visa à criação de estratégias de enfrentamento

eficazes, individual ou coletivamente, diante de situações que promovam sofrimento no trabalho (Mendes, 2007). Para tanto, a clínica não deve ser uma imposição aos trabalhadores, e sim uma demanda dos próprios sujeitos que reconhecem o impacto da organização do trabalho sobre sua saúde mental. Permitindo, assim, que os trabalhadores reconstruam sua capacidade de pensar e resgatem a fala, juntamente com os seus medos e desejos.

A clínica proporciona um espaço de fala que não se restringe apenas ao ato de escutar (Mendes e Araujo, 2012). Estimula, sobretudo, o ensino da fala e escuta somado a uma análise crítica das relações entre trabalho e sujeito. Assim, a noção de sofrimento extrapola o sentido da patologia, sendo esse percebido como um alerta para se repensar ações que visem à promoção de saúde mental e colocá-las em prática. As autoras complementam, por fim, que “a clínica, então, promove o lugar da autonomia, criação e negociação: construção de estratégias saudáveis para mediar o sofrimento, ressignificá-lo e transformá-lo em vivência de prazer” (p. 22).

Apesar do nome, não existe, na Clínica do Trabalho, o propósito de criar um espaço clínico dentro da organização, e sim um espaço que promova a construção de laços sociais a partir da fala e da escuta (Duarte e Mendes, 2015). Dessa forma, é imprescindível que haja condições favoráveis que levem o sujeito à mobilização da inteligência prática, do espaço de discussão, da cooperação e do reconhecimento. A mobilização é um ato político, que possibilita o sofrimento criativo e o prazer, evitando assim o adoecimento psíquico.

Mendes (2014) percebe no sofrimento do trabalho uma forma de resistência perante o real do trabalho, visto que mobiliza no sujeito o desejo de buscar o prazer, o que seria uma forma mais saudável de enfrentamento diante de uma organização que adocece seus trabalhadores. É fato que a situação de sofrimento no trabalho pode instaurar um misto de confusão, angústia, indignação e impotência nos sujeitos. É árduo sustentar o peso oriundo da consciência em relação ao próprio adoecimento, pois não há incentivo ou preparo social para lidar com o fracasso que se faz presente nas diversas esferas da vida, tanto no pessoal quanto no profissional. A percepção de adoecimento como fracasso se faz presente nas verbalizações de muitos trabalhadores, que por vezes se auto culpabilizam pelo quadro em que se encontram, por não terem “dado conta”.

Ao procurar a Clínica do Trabalho, os sujeitos denunciam o adoecimento banalizado, a violência perpetrada e a solidão. É o espaço do que não pode ser visto nem ouvido, e, menos ainda, sentido. Hallack e Silva (2005) afirmam que a reclamação possui um componente de denúncia, pois externaliza a insatisfação e o protesto “contra a coisificação do homem nas organizações e de resistência das singularidades em se deixarem massificar” (p. 75). Assim, a reclamação é percebida de forma ativa, quando o ato de reivindicação ou

lamento propicia o estabelecimento do sujeito e o restabelecimento com o coletivo. Inicia-se um processo de compartilhamento do sofrimento e de troca de vivências, ainda que a experiência de cada trabalhador seja única e vivida de forma singular. A partilha possibilita a identificação e o reconhecimento pelos pares, cujas realidades se assemelham.

Além disso, os autores destacam que a presença de competitividade e formação de subgrupos não impossibilita a formação de vínculos entre os trabalhadores, que compartilham pela organização sentimentos semelhantes àqueles que ocorrem na formação de grupos, tais como necessidade de identificação e de reconhecimento (Hallack e Silva, 2005). Isso significa que os sujeitos desenvolvem expectativas em relação ao seu trabalho, o que não deve ser visto apenas sob o ponto de vista financeiro. Trabalhar implica ser agente de transformação no mundo, confere *status* e legitimidade. Tal expectativa, por vezes, é corroborada de forma perversa pela própria política da organização, cujas promessas frequentemente vislumbram a possibilidade de sucesso, realização e felicidade. Os sujeitos se percebem especiais, importantes e únicos. A propagação de promessas é uma estratégia de sedução dos trabalhadores, que se veem capturados pelos incentivos financeiros e pela possibilidade de reconhecimento (Gaulejac, 2007; Hallack e Silva, 2005)

Porém, a tal promessa é falha e onerosa para sujeitos. A ideologia da excelência e da qualidade total, exemplos amplamente difundidos pelas organizações, funcionam como um mecanismo de apropriação da subjetividade dos trabalhadores, intensificando o controle e o ritmo de produção (Antunes, 2012). As demandas impostas são frequentemente abusivas e irrealizáveis, tendo as metas incentivado a competição e o individualismo entre o coletivo. Segundo Antunes (2018), há uma nova morfologia do trabalho, caracterizada por fortes processos de reestruturação produtiva e organizacional. Mudanças na organização do controle social do trabalho se concretizam por meio da flexibilização e desregulamentação dos direitos sociais, da intensificação do trabalho terceirizado e dos novos meios de gestão da força do trabalho.

Selligman-Silva (2011) corrobora a ideia de que o estímulo à competitividade nas organizações favorece o individualismo, tendo a sua intensificação incorrido em maior precarização social e do trabalho, o que provoca impactos diretos na precarização da saúde. Assim, percebe-se um cenário de precarização do trabalho em âmbito nacional e mundial em decorrência da fragilização dos laços sociais, da empatia, da solidariedade e da coletividade. Para lidar com este contexto, toma-se como possibilidade um resgate do protagonismo do trabalhador, de um espaço de fala sobre a realidade de trabalho e de incentivo à construção coletiva, o que pode ser feito, então, por meio da Clínica do Trabalho.

Apesar da excelência do método, ele ainda não é difundido como uma possibilidade de intervenção junto aos trabalhadores. De muitas formas, ainda

encontra-se restrito ao ambiente acadêmico, às intervenções que os pesquisadores da área se propõem a fazer ou, mais raramente, à demanda de órgãos públicos ou sindicatos de trabalhadores. Desta forma, pretende-se também, com este capítulo, aumentar a visibilidade, entre os psicólogos clínicos, desta possibilidade de intervenção no trabalho.

## **Casos clínicos: relevância da transferência e do reconhecimento**

A esperança de emancipação dos trabalhadores e o potencial mobilizador dessa esperança podem ser encontrados na Clínica do Trabalho. Estudos empíricos em Psicodinâmica do Trabalho realizados no Brasil apontam que o espaço de escuta proporcionou uma transformação do sofrimento dos trabalhadores, com desenvolvimento de estratégias coletivas ou individuais.

A pesquisa de Ghizoni (2013) é pioneira nos estudos envolvendo o método proposto por Mendes e Araujo (2012). Os procedimentos utilizados na proposta de Mendes e Araújo (2012) diferem do método dejouriano por enfatizarem a importância da formação do clínico, a supervisão sistematizada e as estratégias de registro para uma análise clínica dos dados.

O estudo de Ghizoni (2013) consistiu em uma escuta clínica sobre o sofrimento no trabalho numa Associação de Catadores da região centro norte de Palmas (TO). A demanda partiu inicialmente de três catadores ligados à diretoria da associação, que se queixavam de uma desarticulação dos trabalhadores, e visava a união dos catadores e à aproximação aos catadores individuais. Apesar das limitações socioeconômicas, o sofrimento dos trabalhadores estava relacionado à precarização das relações sociais com os pares e com aqueles que trabalham de modo individual na compra e venda de materiais recicláveis.

Ghizoni (2013) destaca a importância da aproximação entre clínico-pesquisador e os trabalhadores. Compromete-se a possibilidade de mobilização subjetiva no coletivo se o clínico-pesquisador não se permitir afetar pela fala dos sujeitos, sem haver o encontro com as angústias, as dúvidas e as alegrias de quem compartilha suas vivências. Assim, a mobilização do coletivo implica a mobilização da clínica-pesquisadora. O uso do diário de campo, um espaço para a perlaboração do próprio clínico acerca das sessões, foi fundamental para o avanço da clínica e do clínico. Nele a clínica-pesquisadora compartilhava, em um misto de prazer e dor, suas surpresas e angústias em relação às sessões, o que proporcionou um encontro com seu afeto e com a própria impotência. A isso se soma também a relevante contribuição da supervisão ao fornecer ferramentas para lidar com as suas ansiedades e angústias.

Atribui-se à fala um nível diferente de sentido, que extrapola a dimensão individual, pois envolve a relação entre a subjetividade do clínico na escuta e a ação subjetiva do coletivo. O sofrimento do trabalhador não é apenas externalizado por meio de palavras, mas, sobretudo, ouvido pelo coletivo e pelo clínico. Um sofrimento que é denominado e reconhecido, e ao qual se atribui um sentido. Segundo Mendes (2014), a justificativa para o deslizamento do papel de pesquisador-clínico para o de clínico-pesquisador se dá justamente em decorrência da implicação subjetiva do clínico, a qual está intimamente ligada ao fenômeno da transferência. A transferência possibilita ao trabalhador uma nova forma de ser no mundo, compondo novas relações e relacionamentos, desvinculando-se de repetições (Mendes, 2014).

A construção da mobilização subjetiva do coletivo vai ocorrendo à medida que as sessões avançam e aprofundam os temas trazidos pelos trabalhadores. Inicialmente, os catadores se percebem como limitados, individualistas e em pequeno número, mas, ao decorrer da clínica, alcançam maior autonomia e poder de decisão, além da construção conjunta de novas regras visando a melhorias na organização do trabalho. Assim, percebe-se a mobilização subjetiva ao se analisar a transição de uma gestão individual para uma gestão coletiva. A mudança no contexto de trabalho foi possível, em grande parte, devido ao restabelecimento de relações de confiança entre os catadores e o papel desempenhado pela clínica-pesquisadora.

Segundo Faiman (2016), o reconhecimento do sofrimento por terceiros confere um status de veracidade à experiência traumática vivida pelo trabalhador. A relação de fala-escuta legitima os afetos envolvidos e retira o sujeito de uma situação atordoante em que ele pode duvidar das próprias percepções de injustiças no trabalho. Sabe-se que a organização do trabalho é responsável por considerável parte da invisibilização do sofrimento de seus trabalhadores. A atribuição direta de causalidades externas ao trabalho como motivo para o adoecimento psíquico acarreta recorrente desqualificação da experiência dos sujeitos.

Dessa forma, é de extrema importância que os trabalhadores encontrem lugar propício para refletir sobre a temática do trabalho e analisar os consequentes impactos na saúde mental deles. Para tanto, a clínica precisa ocorrer em um ambiente seguro e favorável à discussão do coletivo, garantindo a liberdade de fala e o sigilo do conteúdo das sessões. Ao clínico, compete o papel imprescindível do saber ouvir. Isso implica renunciar aos seus pressupostos e ao falacioso domínio da verdade sobre o outro. Para que ocorra a escuta qualificada desses trabalhadores, é preciso levar em consideração a dimensão real da experiência subjetiva, de forma a não reiterar a violência sofrida e trazer mais danos para sua saúde psíquica. Além disso, a condução do



atendimento clínico precisa ocorrer de forma a não manter o sujeito adoecido em uma posição de passividade e impotência.

A Clínica do Trabalho promove, assim, também, um espaço de denúncia acerca das várias violências perpetradas no ambiente de trabalho. Mendes et al. (2016) relatam a percepção de injustiça vivida por uma servidora pública do Poder Judiciário ao sofrer assédio moral no trabalho. O sofrimento banalizado agravou o quadro sintomatológico, gerando pensamentos suicidas e homicidas. A exclusão por parte de colegas e chefias hierárquicas aumentava a sensação de solidão e impossibilitava a circulação da fala, intensificando seu desamparo e desesperança em relação ao futuro.

A Clínica seria uma das ferramentas imprescindíveis para ressignificar o sofrimento, oportunizando um espaço de escuta política da violência vivida no trabalho. A fragilização dos laços sociais é fator de extrema importância a ser considerado nesse atendimento, corroborando o cenário anteriormente descrito por Selligman-Silva (2011). Por meio da transferência com o clínico, seriam reestabelecidos os vínculos de confiança e desenvolvidas estratégias de enfrentamento mais saudáveis diante do adoecimento, minimizando os riscos em relação à própria vida e a de terceiros.

O não reconhecimento do assédio moral por parte da organização implicou novo sofrimento: a invisibilização da trabalhadora. A imposição do silêncio se mostra como uma tentativa de calar os afetos e invalidar não apenas a situação de adoecimento, mas de modo mais específico, a violência perpetrada pela organização. A banalização da violência no trabalho acentuou a percepção de culpa, impotência e injustiça. Ao ter seu adoecimento negado, inicia-se um processo de questionar a experiência vivida, sua intensidade e os reais responsáveis por ela.

A falta de reconhecimento rompe com as expectativas do trabalhador em relação às promessas propagadas pela organização, conforme previamente indicado por Hallack e Silva (2005). A dedicação ao trabalho, o empréstimo da sua subjetividade, foram insuficientes e não concretizaram as vias de reconhecimento no trabalho, intensificando o mal-estar e as contradições da realidade laboral.

Segundo Gama et al. (2016), cabe ao clínico do trabalho auxiliar os sujeitos que procuram a clínica a enfrentar a própria falta, a despeito do discurso da organização que dissemina e incentiva a cultura da completude e da onipotência. Entrar em contato com a falta possibilita ao trabalhador um encontro com o próprio desejo, o qual por vezes é desapropriado de si pela organização e seus mecanismos de sedução. Em um primeiro momento, a falta ocorre na percepção acerca do sofrimento/adoecimento, ocasião em que o lugar da onipotência não mais se sustenta, revelando as limitações do sujeito e a impossibilidade de manter a saúde psíquica preservada diante das contradições do real do trabalho.

Os autores abordam uma temática muito conhecida em Psicodinâmica do Trabalho: o adoecimento no trabalho de profissionais da saúde. Apontam que a escuta clínica do sofrimento de uma equipe multidisciplinar de uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de um Hospital Escola promoveu a cooperação entre o grupo e seus superiores. A circulação da fala ocorreu de forma democrática, onde os trabalhadores de diferentes linhas hierárquicas admitiram suas dificuldades, limitações e desamparo para realizar algumas atividades previstas para seu posto. Assim, tornou-se possível ao grupo repensar as fragilidades e medos enfrentados nas relações sócio-profissionais.

Analogamente ao exposto por Ghizoni (2013), a mudança na postura dos clínicos propiciou alteração no engajamento da equipe multidisciplinar. O estabelecimento da transferência favoreceu a circularização da fala e, por conseguinte, o compartilhamento do objeto do trabalho e aquilo que o envolve subjetivamente. Para tanto, os clínicos precisam estar atentos às relações que estabelecem entre si e com o coletivo de trabalhadores.

O deslocamento da posição de suposto saber é um desafio para os clínicos, visto que precisam simultaneamente “assumir e transferir essa *ideação* para o sujeito ou para o coletivo, com o objetivo de entender que o poder da cura de cada um está dentro dele” (Mendes, 2014, p. 77). Além disso, mobilização subjetiva requer tempo e uma percepção de coletivo consolidado, onde os afetos podem ser revelados sem o receio de futuras retaliações.

## Considerações finais

O medo, o isolamento e a desconfiança são efeitos de contextos de trabalho que incentivam a competitividade. Embora promovam vivências de sofrimento nos trabalhadores, revelam sua versatilidade ao também estarem a serviço da produtividade. Assim, nas mais diversas instâncias observam-se as vantagens da organização e sua primazia em relação aos trabalhadores: imposição de regras e metas às quais é preciso submeter-se para sobreviver nesse sistema. Dessa forma, a reclamação e as queixas, se evidenciam como instrumento de denúncia, desvelando relações de trabalho fortemente marcadas por precarização e violência.

É a possibilidade de reconhecimento dos afetos e da legitimação do sofrimento, que revela as contribuições da Psicodinâmica do Trabalho e a extensão do potencial da Clínica do Trabalho para o resgate do protagonismo dos trabalhadores. Por meio da escuta clínica há o encontro dos afetos no grupo de trabalhadores entre si e entre os trabalhadores e o clínico-pesquisador. A circulação da fala ao longo das sessões ocorre a partir do desejo compartilhado: escuta atenta, por um lado, e fala emudecida – porém, gritante – de outro.

## REFERÊNCIAS

Antunes, R. (2012). A nova morfologia do trabalho no Brasil: Reestruturação e precariedade. *Nueva Sociedad* (especial em português), 232(4), 44-59. [https://www.nuso.org/media/articles/downloads/3859\\_1.pdf](https://www.nuso.org/media/articles/downloads/3859_1.pdf)

Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviço na era digital*. Boitempo editorial.

Dejours, C. (1987). *A loucura do trabalho*. Oboré.

Dejours, C. (2011). Psicopatologia do trabalho – psicodinâmica do trabalho. *Laboreal*, 7(1), 13-16. <https://doi.org/10.4000/laboreal.7932>

Duarte, F. S. & Mendes, A. M. (2015). Da escravidão à servidão voluntária: perspectivas para a clínica psicodinâmica do trabalho no Brasil. *Farol – Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade*, 2(3), 68-128. <https://doi.org/10.25113/farol.v2i3.2579>

Faiman, C. J. S (2016). A queixa de assédio moral no trabalho e a psicoterapia. *Psicologia em Estudo*, 21(1), p. 127-135. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v21i1.28311>

Freud, S. (2010). Mal-estar na civilização. *Sigmund Freud: Obras completas*, Volume. XVIII (9-89). São Paulo: Companhia das letras. (Originalmente publicado em 1930).

Gama, L. P. , Mendes, A. M. B., Araújo, J. P. , Galvão, M. G. A. & Vieira, F. O. (2016). Ressignificação do sofrimento: clínica do trabalho em um hospital escola. *R. Laborativa*, 5(1), 38-63. <https://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/view/1410/pdf>

Gaulejac, V. D. (2007). Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Em *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social* (pp. 338-338). Ideias & Letras.

Ghizoni, L. D. (2013) Clínica psicodinâmica da cooperação na associação de catadores e catadoras de materiais recicláveis da região *centro norte de palmas – TO (ASCAMPA)*. Tese de Doutorado. Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15146>

Hallack, F. S. & Silva, C.O. (2005). A Reclamação nas Organizações do Trabalho: Estratégia Defensiva e Evocação do Sofrimento. *Psicologia & Sociedade*, 17(3), 67-72. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822005000300011>

Mendes, A. M. B. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 15(1-3), 34-38. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931995000100009>

Mendes, A. M. & Araujo, L. K. R. (2012). Os dispositivos clínicos para escuta qualificada. Em Mendes, A. M. & Araujo, L. K. R., *Clínica Psicodinâmica do Trabalho: O Sujeito em Ação* (pp. 39-62). Juruá.

Mendes, A. M. (2007). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho (cap. 1). Em *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método, pesquisas* (pp. 29-48). Casa do Psicólogo

Mendes, A. M. (2014). Escuta analítica do sofrimento e o saber-fazer do clínico do trabalho. Em: Mendes, A. M., Moraes, R. D. & Merlo, A. R. C. *Trabalho e Sofrimento: Práticas Clínicas e Políticas* (pp. 65-80). Juruá.

Mendes, A. M., Takaki, K. & Gama, L. P. (2016). Do sujeito invocado ao sujeito invocante: a violência no trabalho como recusa do desamparo. Em Farah, B. (Org), *Assédio Moral e Organizacional: Novas Modulações do Sofrimento Psíquico nas Empresas Contemporâneas* (pp. 151-160). LTr.

Seligmann-Silva, E. (2011). Precarização da saúde mental na precarização social e do trabalho. Em Seligmann-Silva, E. *Trabalho e Desgaste Mental – o Direito de Ser Dono de Si Mesmo* (pp. 458-487). Cortez Editora.



# PRIMEIRAS CRISES PSÍQUICAS GRAVES: o GIPSI e sua contribuição acadêmica, histórias e metamorfoses

*Ileno Izídio Costa  
Clecius Rafael Santos Fernandes*

---

## **Introdução**

O Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica – GIPSI, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília – UnB é um grupo que oferece atendimento psicológico e realiza pesquisas sobre o sofrimento o sofrimento psíquico grave (Costa, 2003, 2010). O GIPSI possui uma origem singular fortemente influenciada pelas características de seu fundador, pelo movimento da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo. Apresentamos aqui como objetivo, narrar a história do GIPSI, compreendendo sua estrutura e seu contexto social, analisando sua produção científica para enfim, observar as suas contribuições ao campo da saúde mental.

Pensar na história do GIPSI, sua complexidade, seus marcos históricos e sua epistemologia é um exercício desafiador. São muitos anos de existência e produções acadêmicas e seus participantes forneceram importantes evidências e valiosas reflexões. Desde que o grupo foi criado, muitas dissertações, teses e livros foram publicados tendo como tema principal o sofrimento psíquico grave em seus múltiplos aspectos. Além da análise das contribuições acadêmicas do grupo, buscaremos observar suas metamorfoses num sentido mais metafórico, questionamos se no processo de metamorfose do GIPSI, o que existia antes desaparece para formar algo novo, ou se as características intrínsecas do grupo se mantêm em suas novas formas de atuação e manifestação.

## **A história do GIPSI, da sua fundação até 2019**

Completados 19 anos de trabalhos ininterruptos, registrado como Projeto de Ação Contínua no DEX há mais de 15 anos, suas atividades, multidisciplinares perpassam diferentes áreas (Psicologia, Medicina, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Antropologia, Educação, dentre outras). Considerando estes dezenove anos, pode-se dizer que a UnB, através do GIPSI/PCL/IP, já contribuiu para o acolhimento, orientação e eventual melhora da saúde mental de mais de 5.000 pessoas no DF e entorno, particularmente de

famílias de baixa renda (80% dos atendimentos), por meio de mais de 15.000 atendimentos (entre acolhimentos, terapias individual e familiar e acompanhamentos psiquiátricos e psicossociais), tão somente com o apoio e os insumos da Universidade de Brasília.

Em um estudo sobre os grupos de pesquisa em primeiras crises do tipo psicótica no Brasil, Fukuda, Oliveira e Puchivailo (2018), elencaram o GIPSI como um dos quatro grupos ainda ativos, conforme demonstrado na tabela a seguir:

**Tabela 1** – Lista dos grupos de pesquisa em primeiras crises do tipo psicótica

| Sigla                | Fundação | Localização    | Coordenação                     |
|----------------------|----------|----------------|---------------------------------|
| ASA <sup>29</sup>    | 2003     | São Paulo – SP | Dr. Mario Rodrigues Louzã Neto  |
| GIPSI                | 2001     | Brasília – DF  | Dr. Ileno Izídio da Costa       |
| LIM-27 <sup>30</sup> | 1999     | São Paulo – SP | Dr. Martinus Van de Bilt        |
| PEQUI <sup>31</sup>  | 2016     | Curitiba – PR  | Dra. Mariana Cardoso Puchivailo |

Dos grupos apontados por Fukuda et al. (2018), somente três realizam intervenção precoce nas primeiras crises, dos quais dois estão associados a psicologia e incluem a família no atendimento e acolhimento. Fukuda et al. (2018) também fazem uma observação, afirmando que o GIPSI é o único grupo brasileiro vinculado a *Early Intervention in Mental Health* (IEPA)<sup>33</sup>, uma rede internacional que envolve profissionais da área da saúde ao redor do mundo no estudo e no tratamento das primeiras fases dos transtornos de saúde mental. Em um outro artigo mais específico, Freitas e Puchivailo (2017) percorrem de forma detalhada a história do GIPSI e a de seu fundador, sistematizando os dados históricos do grupo de 2001 até 2016. As autoras estabelecem quatro marcos temporais, a saber:

**1) A fundação** – em maio de 2001, batizado inicialmente de “Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses”, sendo composto inicialmente por seis estagiários de graduação em psicologia da UnB, com o objetivo de pensar e estruturar um modelo de tratamento compreensivo, dinâmico e sistêmico para pessoas em primeira crise do tipo psicótica (Costa, 2010, p. 7).

**2) As Primeiras Intervenções Clínicas** – Em 2003 o GIPSI iniciou seus atendimentos clínicos no antigo prédio do CAEP (Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos – ICC Sul, Campus Darcy Ribeiro). Neste período,

30 Avaliação e Acompanhamento de Adolescentes e Jovens Adultos

31 Laboratório de Neurociências – LIM

32 Grupo de Pesquisa e Acolhimento de Primeiras Crises do Tipo Psicóticas

33 <https://iepa.org.au/>– acessado em 23/04/2020

pontua-se como marco importante a publicação do livro “Da Fala ao Sofrimento Psíquico Grave” (Costa, 2003), resultado de sua tese de doutorado.

**3) A expansão** – Nesta nova fase, o GIPSI se expande e passa a ser denominado de Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica. Seus componentes, dada a inovação e a proposta diferenciada, chegam a 32 participantes, entre estagiários de psicologia, auxiliares de pesquisa, profissionais voluntários e pesquisadores da Pós-Graduação de programas de mestrado e doutorado. Os processos e fluxos foram se estruturando e atas de reunião e supervisão foram estabelecidas como rotina para cada encontro. Em 2008, o GIPSI participa do edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT n. 33/2008 de financiamento de pesquisa, através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPq) com a finalidade de financiar a pesquisa de estruturação de uma proposta de atenção às primeiras crises psíquicas graves do tipo psicótico, (Costa et al., 2010, p. 7). Em 2009, o chamado Telefone de Crise, uma modalidade de plantão 24 horas com uma linha telefônica de contato para atendimentos emergenciais e agendamento de acolhimentos, passa a fazer parte dos registros das atas de reunião do grupo. Em 2010, como resultado do financiamento do CNPq, duas importantes publicações ocorrem, o manual de procedimentos detalhados do GIPSI e em outubro de 2010, o livro “Da Psicose aos Sofrimentos Psíquicos Graves” (Costa, 2010), primeira coletânea de pesquisas realizadas pelo Grupo onde passou a esboçar de forma pioneira um modelo de atendimento para pessoas em primeiras crises do tipo psicótica. Entre o período de 2004 até 2010, o GIPSI alcançou 31 publicações, totalizando 17 dissertações, 3 teses de doutorado, 3 livros e 8 artigos.

**4) A consolidação e o amadurecimento** – no período de 2011 a 2019, o GIPSI se consolida à rede de saúde mental do Distrito Federal completando 18 anos de existência em 2019, sendo considerado referência em intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicótica do DF e no Brasil. Neste momento, houve uma farta colheita dos esforços direcionados até o período, muitas teses, dissertações, artigos e livros foram lançados. Até 2019, o grupo contava com a participação de 22 membros, sendo 10 profissionais voluntários, 1 cientista social e antropólogo, 10 estudantes de psicologia e 1 de antropologia. De 2011 até 2016, o GIPSI havia chegado a marca 32 publicações, sendo 15 dissertações, 6 teses, 4 livros e 7 artigos. Entre 2017 e 2018 o GIPSI realizou mais 12 publicações, sendo 2 dissertações, 3 teses, 2 livros e 5 artigos.



## A produção Acadêmica do GIPSI

Apresentamos a seguir uma revisão das principais contribuições científicas produzidas pelo GIPSI ao longo de sua existência. Para essa análise, adotamos a pesquisa documental e bibliográfica com o objetivo de fornecer uma síntese dos principais achados e reflexões “gipsianas”.

Inicialmente, foram selecionadas todas as teses, dissertações, livros e artigos, disponibilizados por meio eletrônico e através dos repositórios de teses e dissertações da UnB, bem como as editoras e revistas onde foram publicados os artigos. Ainda foram utilizados os mecanismos de busca Google Scholar, o Portal de periódicos CAPES, o Portal SciELO e BVS Psicologia Brasil, incluindo como descritores os nomes dos principais membros do GIPSI como autores principais, além dos termos ‘sofrimento psíquico grave’, ‘crise psíquica grave’, ‘Intervenção precoce em psicose’ e ‘esquizofrenia’.

Neste estudo, selecionamos somente dissertações, teses, artigos e livros que tiveram participação direta de membros do GIPSI e de seu coordenador, chegando ao total de 37 trabalhos. Para a síntese dos resultados do material coletado, foram escolhidas apenas dissertações e teses. A coleta dessas informações ocorreu no período de agosto a setembro de 2019. A pesquisa pelos trabalhos científicos do GIPSI foi conduzida a partir de quatro etapas básicas: 1) Captação da tese e dissertação em sua íntegra; 2) Leitura dos resumos com a definição das categorias: Área Temática, Problema, Hipótese, Objetivos Gerais, Objetivos Secundários, Abordagem, Paradigma teórico, Procedimentos e Métodos, instrumento, participantes e Síntese dos resultados; 3) Leitura da metodologia, resultados e discussão das teses e dissertações 4) Sistematização dos estudos e resultados.

O primeiro critério adotado foi a identificação da abordagem metodológica utilizada, onde verificou-se que 81% das pesquisas no GIPSI utilizaram a abordagem metodológica qualitativa e 19% utilizaram a abordagem de pesquisa mista. Outro parâmetro de análise criado foram as temáticas de pesquisa, baseado no título e nos descritores das teses e dissertações. Realizou-se uma classificação dessas tendências temáticas para evidenciar quais são os temas de interesse mais pesquisados. O sofrimento psíquico grave foi o que mais ocorreu. Este tema foi tratado através dos paradigmas Psicanalíticos, da Gestalt-Terapia, da Teoria Familiar Sistêmica, da Fenomenologia, do paradigma da Reforma Psiquiátrica, da psicologia Junguiana e do Psicodrama. Foram enquadrados nesse tema, todos os trabalhos relacionados a psicose, esquizofrenia, sentimentos de vínculo, manejo clínico, delírio e identidade, cuidadores, surdez e psicose, sofrimento psíquico grave e crise psíquica grave.

O Constructo Sofrimento Psíquico Grave está diretamente ligado às produções acadêmicas de seu coordenador, que debruçou sobre essa problematização desde sua dissertação de mestrado em 1990, articulando sua prática clínica, vinculada a psicanálise e teoria familiar sistêmica, com a filosofia analítica e da linguagem, e mais recentemente, com a Fenomenologia, revisando e refletindo sobre as dimensões relacionadas ao termo psicose. Os demais temas pesquisados foram sobre a reforma psiquiátrica; processos artísticos e sofrimento psíquico grave; intervenção precoce; crises psicóticas, fenômeno religioso, espiritualidade e fenomenologia; o método de Rorschach; e por último, família.

Em relação ao paradigma científico e filosófico, buscou-se identificar quais as tendências mais utilizadas pelo grupo. Observou-se que a psicanálise tem um importante destaque, visto que 20 das 37 publicações (54%) fazem referência a este arcabouço teórico, tendo sido Freud, Lacan, Winnicott, Bion, Reich, Anzieu, Green e Jung os autores mais citados.

Em relação aos métodos utilizados nas publicações, de acordo com a declaração dos pesquisadores, podemos observar um total de 21 métodos e procedimentos, sendo os mais empregados: estudo de caso, pesquisa teórica, pesquisa de campo, método estatísticos de análise e o método psicanalítico. Em relação aos instrumentos, foram identificados 27, desse total, elencamos: entrevista semiestruturada; genograma; fontes bibliográficas, documentais e imagéticas; Rorschach e diário de campo estando alinhados aos métodos, procedimentos e abordagens teóricas utilizadas.

Por último, em relação aos participantes das pesquisas elencadas, pela diversidade de tipos de estudo, métodos e procedimentos, não foi possível realizar uma análise consistente, devido a heterogeneidade dos participantes, os estudos apresentam uma variação de 1 a 87 participantes e faixa etária abrangente entre jovens, adultos e idosos, incluindo, estudantes universitários, profissionais da área de saúde, clientes do GIPSI ou de CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), gestores da área de saúde mental do DF, grupos familiares, psicólogos e estagiários de psicologia.

## **As principais contribuições Acadêmicas do GIPSI**

Nesta seção, apresentamos as principais contribuições acadêmicas elencadas de acordo com os temas nas quais foram categorizadas, dando maior ênfase ao tema mais abordado pelo grupo – o sofrimento psíquico grave.

## ***Sofrimento Psíquico Grave***

Costa, (2003, 2010, 2013, 2017, 2018) propôs situar um constructo denominado de sofrimento psíquico grave, no intuito de ampliar a visão sobre os transtornos mentais, principalmente os transtornos do tipo psicótico. Ao longo de suas pesquisas e reflexões, embasada pela fenomenologia e pela psicopatologia fenomenológica, Costa afirma que, “partimos do princípio que a crise psíquica é vivência basilar da angústia do existir” (Costa & Ramos, 2018, p. 252). Dessa forma, é possível se libertar da visão estritamente psiquiátrica, tradicional e cartesiana, envolvendo no processo, tanto os cuidadores, quanto os sujeitos em sofrimento psíquico grave e seus familiares. Nesse sentido, Costa (2013, 2017, 2018) entende o sofrimento psíquico como sendo algo essencialmente humano, construído e expresso nas relações afetivas, sociais e culturais; como um fenômeno singular frente a toda pluralidade, necessitando, portanto, de um cuidado único, de modo que proporcione continência e apoio.

As pesquisas desenvolvidas do GIPSI sobre esse tema abordaram questões como: vínculos, contexto relacional, sofrimento inerente a existência humana, falhas ambientais no processo de desenvolvimento humano, delírio e identidade, a condição do cuidador do sofrimento psíquico grave, apontamentos teóricos específicos em Bion, Jung, Lacan e Winnicott, a família no processo terapêutico, relevância do holding e do cuidado no processo terapêutico, surdez e sofrimento psíquico grave e processos terapêuticos.

Em relação aos vínculos, configurações vinculares e contextos relacionais, apresentam-se os seguintes achados. Ribeiro (2018, p. 17), supõem que “a questão dos estados psicóticos da mente são parte do funcionamento inerente a todos os indivíduos”, porém, em casos de fragilidade, em um aspecto mais individual e pessoal, a capacidade de tolerar a realidade fica impactada. Ribeiro (2018 p. 107) em sua tese, afirma que o processo psicoterápico promove uma possibilidade de saída da crise através da transformação relacionada a negação simultânea de um fato emocional comunicado por vínculo de ódio as origens, tanto no sujeito em crise quanto na sua família. Em relação ao contexto relacional de pessoas em sofrimento psíquico grave, Gondim (2007 p. 315) aponta em sua tese que a crise psíquica grave é uma circunstância que demanda mudanças relacionais internas para que o indivíduo continue o seu processo de desenvolvimento e individuação, cabendo aos serviços de saúde mental e ao processo terapêutico a avaliação deste contexto relacional para compreender de forma mais abrangente o sofrimento do indivíduo.

Através da fenomenologia e da Gestalt-Terapia, Oliveira (2015) buscou compreender a teoria sobre a psicose, trazendo as aplicações em uma clínica do sofrimento psíquico grave. Oliveira (2015) ressalta que a base epistemológica da

Gestalt-Terapia não está totalmente coesa em relação ao tema da psicose sendo uma justificativa para continuidade das pesquisas relacionadas a crises do tipo psicótica por este viés. Oliveira (2015) faz uma importante afirmação de que é preciso lidar com a psicose do ponto de vista relacional e afirma, através da experiência no GIPSI, que implicar a família e trabalhar com o psicossocial sem perder a dimensão individual gera crescimentos maiores e mais duradouros.

Sobre a condição existencial do sofrimento, as falhas ambientais no processo de desenvolvimento humano, a relevância do holding e do cuidado no processo terapêutico, a condição do cuidador do sofrimento psíquico grave e, especificamente, sobre surdez e sofrimento psíquico grave, observamos estudos fortemente atrelados a teoria winnicottiana, sendo o primeiro deles, a pesquisa realizada por Bessoni, (2008), que pesquisou sobre o manejo da contratransferência como técnica de intervenção precoce em primeiras crises do tipo psicóticas. O autor, através do paradigma psicanalítico e da clínica ampliada, retoma a teoria da regressão à dependência de Winnicott, para, através de um ambiente suficientemente bom oferecido através do cuidado, suprir a falha ambiental que levou a crise do tipo psicótica. Bessoni (2008), conclui que o terapeuta/analista deve observar seu cliente/analizando a partir de sua constituição. Sendo necessário o movimento no espaço transicional, a fim de acolher a comunicação do paciente até que este se aproprie de sua questão e a destine.

Brito (2011), partindo da problematização sobre os lugares ocupados pelo terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave, e de que modo essas vivências são experimentadas pelo profissional, presume que o terapeuta deve ocupar um lugar de cuidado, partindo da sua condição humana. Esta autora observa três dimensões em seus achados: 1) das particularidades da clínica do sofrimento psíquico grave, onde a capacidade técnica não supre todas as situações e possibilidades previstas em roteiros ou manuais técnicos, 2) as vivências experimentadas pelo terapeuta no trabalho clínico como identificações pessoais e processos empáticos em relação aos pacientes foram verificadas, permitindo uma compreensão ontológica e existencial sobre o sofrimento do outro, 3) as estratégias para lidar com as particularidades onde foi identificado a tentativa de elaborar através das supervisões os afetos vividos no *setting* terapêutico, compreendendo e traçando os limites do próprio terapeuta. Essas limitações envolvem três principais esferas: limites do terapeuta, limites para o estabelecimento de vínculo e limites de intervenção sobre o paciente.

Buzar (2015), percorrendo um caminho pioneiro em relação às crises do tipo psicótica, observando esse sofrimento na comunidade surda, parte da problematização da surdez-escuta, vinculando os estudos socioculturais com a psicanálise. Em seus achados, Buzar (2015) enfatizou a relevância do *holding* no processo terapêutico, bem como o cuidado winnicottiano que transcende a questão da linguagem, em um sentido mais afetivo. Um ponto chave é permitir

e favorecer a regressão à dependência. Para esta autora, “percebeu-se que a insistência na cura da surdez e a normatização da expressão oral como única via de ser e de se comunicar no mundo, pode dificultar a atenção ao sujeito, ocasionando dificuldades em olhar e reconhecer o indivíduo em sua singularidade” Buzar (2015 p. 12).

Por sua vez, Silva (2017) procurou contribuir para a clínica peculiar do GIPSI através da proposição do ambiente de cuidado no manejo da crise psicótica, utilizando como pano de fundo o teórico Winnicott. Ela afirma que “o cuidado é indispensável para que o terapeuta acolha e sobreviva à destrutividade inerente à crise de qualidade psicótica” (Silva, 2017, p. 29). Fazendo uma robusta revisão da teoria winnicottiana, concluiu que “O manejo das psicoses é a organização do ambiente para acolher essa dependência, facilitando, através do cuidado, a continuidade das tendências inatas rumo ao reconhecimento de si e dos outros como pessoas totais.” (idem).

Com o subtema delírio e identidade, encontramos o trabalho realizado por Veiga (2010) que, através de um estudo teórico, buscou uma aproximação entre os conceitos de delírio e identidade, para investigar a possibilidade de uma identidade delirante e suas consequências na clínica da psicose. Partindo do referencial teórico da Esquizeoanálise e da Sociologia, este autor observa que o conceito de identidade parte de uma concepção que reduz o fenômeno de identidade e suas numerosas possibilidades de significação na “medida em que quando de encontro ao entendimento do fenômeno delirante reserva a este o trágico destino da impossibilidade de identidade, e assim ao silenciamento de sua enunciação” Veiga (2010 p. 72). Neste sentido, o autor considera o imperativo de enfrentar o delírio do tipo psicótico como manifestação legítima, portanto, merecedora de escuta já que envolve o lado social.

Ribeiro (2011), a partir da perspectiva junguiana, abordando as Teorias dos Tipos Psicológicos e dos Complexos, buscou investigar a existência da relação entre as manifestações dos fenômenos dos Complexos e da função inferior com sofrimento psíquico grave. Utilizou como método a aplicação do teste de tipologia QUATI (Zacharias, 1994), e como resultado da pesquisa, observou que o tipo psicológico predominante encontrado nos clientes do GIPSI foi o tipo sensação-introvertido com a função inferior intuição-extrovertida, a autora considerou que pessoas com essa tipologia apresentariam um indicativo de predisposição à crises psíquicas graves.

Já Ferreira (2012), partindo da psicanálise Lacaniana, buscou investigar os eventos de injunção, principalmente na forma como o analisando os relata, investigando o tema da injunção na psicose. Ferreira (2012) desenvolveu problematizações ligadas ao “Nome-do-Pai” e “Foraclusão”

afirmando não ser possível isolar um aspecto da estrutura psicótica sendo necessário abarcar todas as questões relacionadas às estruturas clínicas que foram investigadas.

Por fim, enfatizando os aspectos teóricos e fundamentos da Gestalt-Terapia, enfatizando o cuidado ético e sua relação com o sofrimento, Ramos (2018), visa contribuir tanto para teoria como para prática da Gestalt-Terapia, elaborando uma compreensão sobre o fenômeno da psicose, sistematizando de forma concisa, a evolução do constructo de sofrimento psíquico grave no GIPSI. Esta autora associou a proposta teórica do constructo do sofrimento psíquico grave, ressaltando a relevância do cuidado e da ética, não só das crises do tipo psicótica, mas a todos os tipos de intervenção clínica.

## ***Família***

As pesquisas sobre a temática da psicoterapia familiar realizadas pelo GIPSI, apontam questões e problematizações clássicas sobre o sofrimento psíquico grave e sistemas familiares, como estrutura familiar, transmissão psíquica bem como as contribuições da psicanálise à terapia familiar. Apesar da importância da família no processo psicoterapêutico, observamos poucos estudos diretamente ligados a família no GIPSI. O GIPSI possui uma enorme fonte de dados devido a sua sistemática de atuação que possibilita o desenvolvimento de novos projetos de pesquisa vinculados à família. Os achados observados até o momento são apresentados a seguir.

Jansen (2007) aponta para estrutura rígida de aliança, coalizão entre os pais e o “paciente identificado”, caracterizando uma fronteira rígida e disfuncional, favorecendo o surgimento de triangulação entre os pais e o “paciente identificado”. Reforçando que o sintoma se estabelece no seio familiar e que o tratamento familiar é importante justamente por este motivo. Em outra perspectiva, Ribeiro (2007 p. 121) afirma que o sintoma é uma “tentativa processual de experimentar uma apropriação, de elaboração e de simbolização de uma história que lhe dizia respeito. Consequentemente, dando-lhe uma possibilidade ilusória de diferenciação, na tentativa de escapar à identificação familiar alienante”. Para finalizar, observamos a dissertação de Ribeiro (2014) que após investigar as formas de inserção da psicanálise no GIPSI, aponta a terapia familiar como propulsora de um ‘ambiente suficientemente bom’ para as elaborações psíquicas.

## ***Religião e Espiritualidade***

Sobre religião e espiritualidade, um tema rico e profícuo, Mano (2010), em sua dissertação, procurou investigar as influências do ambiente religioso, mais especificamente, as religiões protestantes pentecostal e neopentecostal, e sua correlação no surgimento e desenvolvimento das primeiras crises do tipo psicótica buscando de forma pioneira, diferenciar a crise psicótica da experiência religiosa autêntica. Esta autora identificou uma influência dos dogmas e princípios religiosos no processo de adoecimento, principalmente aqueles ligados a culpa em relação aos impulsos sexuais e agressivos.

Dando continuidade à sua pesquisa, em sua tese, Mano (2016), enfatizou a existência da dimensão espiritual relacionada ao Sagrado como disparador de “Sofrimento Psíquico Espiritual”, termo adotado pela autora para distinguir dos sintomas psicopatológicos tradicionais de psicose e transtornos correlatos. Em um achado significativo sobre esse tema, aponta Mano (2016, p. 181) “a prevalência e o alto índice de experiências do tipo psicóticas na população geral, sendo que 90% dos casos não correspondem a transtornos psicóticos”. O que indica que esses erros de diagnóstico ocorrem por não levar em conta o fator da espiritualidade e religiosidade como participantes do processo de sofrimento psíquico, alertando para a necessidade de uma discriminação dos supostos ‘sintomas’ vivenciados através dessas vivências. Mano (2016) pondera que o tema da espiritualidade no contexto terapêutico ainda é um grande tabu indicando a necessidade de ampliação de estudos desse tipo, que alcancem a reflexão sobre o acolhimento desse fenômeno na clínica, bem como a espiritualidade do terapeuta no processo psicoterápico.

## ***Intervenção Precoce nas Psicoses***

Sobre esse tema de pesquisa, cabe ressaltar que todos os trabalhos selecionados citam o professor Patrick McGorry, como referência em intervenção precoce nas psicoses. Os trabalhos selecionados que abordam esse tema no GIPSI serão apresentados conforme a seguir, tendo como subtemas: pró-dromos, qualidade de vida, processo terapêutico, saúde mental em jovens universitários e intervenção precoce em CAPS.

As pesquisas conduzidas por Carvalho (2006) buscaram caracterizar as manifestações iniciais de psicose, identificando os primeiros sinais de seu desenvolvimento. Osse (2008, 2013) mapeou as condições psicológicas, sociais e de qualidade de vida dos jovens universitários da UnB. Osse (2013, p. 22) aponta que “na juventude, ciclo de vida que acontece entre as idades de 18 e 24 anos, o indivíduo experimenta o confronto entre os dois



elementos ‘Identidade’ e ‘Confusão de Identidade’”. Carvalho (2008), tentou reconhecer os benefícios advindos da Intervenção Precoce, buscando reforçar a adoção desse paradigma no âmbito da saúde mental e ampliá-lo a partir da possibilidade de apropriações outras, além das tradicionalmente reconhecidas, tendo como pano de fundo, a teoria da Gestalt-terapia, que revisitada, apontou conceitos e possibilidades de interpretação do fenômeno, afirmando a necessidade de buscar novas oportunidades de intersecção entre a Gestalt-terapia e o paradigma da Intervenção Precoce, para utilizá-los como estratégias possíveis ao manejo de situações de crises e sofrimentos psíquico grave. Puchivailo (2018) em sua tese de doutorado, teve como objetivo entrelaçar a prática da intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicóticas à uma proposta de atenção às primeiras crises do tipo psicótica em um CAPS III localizado de Curitiba.

### ***Reforma Psiquiátrica***

O tema da reforma psiquiátrica, luta antimanicomial e saúde mental, também são relevantes ao GIPSI, que faz parte desse movimento desde suas origens. As contribuições relevantes foram identificadas e relacionadas a história da luta antimanicomial no DF, institucionalização, rede social de apoio, lógica ‘hospitalocêntrica’, inserção da Psicanálise nas Instituições de Saúde Mental, estigma e preconceito, relação de cuidado no espaço institucional, potencialidade da convivência nesses espaços e sobre as equipes inter e multidisciplinares.

O primeiro estudo que apresentamos é o de Santiago (2009), que realizou uma extensa pesquisa de análise bibliográfica e documental, estabelecendo uma cronologia sobre o processo de reforma psiquiátrica no DF no período de 1987 a 2007, indicando marcos importantes para esse momento histórico.

Frente ao problema das pessoas com sofrimento psíquico grave que foram encaminhados para um programa de saúde mental, Silva (2010) enfatizou a necessidade de mudanças para um olhar voltado ao sujeito e seu cotidiano social e não mais limitado para o adoecimento, sem esquecer o sujeito e sua dinâmica de vida. Já Sousa (2010), sobre a inserção da psicanálise no campo da saúde mental, buscou oferecer novas perspectivas ao fenômeno da loucura, com o intuito de evitar a segregação e cronificação decorrentes da hospitalização. Membros ligados ao GISPI, também conduziram pesquisas sobre: definições claras na construção de um eixo clínico-teórico que sustente a prática nestes serviços multidisciplinares. Para tanto, França (2017) apresentou uma proposta de gestão e alguns instrumentos, assim como de política para os grupos de profissionais de saúde mental que atuam no CAPSi (CAPS



infanto-juvenil). Sobre estigmatização e preconceito da doença mental na prática da atenção psicossocial, Rodrigues (2010) fez um importante aprofundamento sobre este assunto. Sobre dispositivos de cuidado, Silva (2007) considerou que a saúde psíquica atravessa as relações de cuidado estabelecidas entre o próprio profissional, com o outro e com a instituição, indicando a necessidade de ações estratégicas com relação a saúde mental dos cuidadores, integrada a políticas públicas de saúde desses servidores.

### ***Arte e Sofrimento Psíquico Grave***

De acordo com as críticas e as indicações de Costa (2003) de que, a priori, não se deve diagnosticar os indivíduos como psicóticos em suas primeiras crises, mas antes, deve-se procura-se entendê-los e acompanhá-los, como seres em sofrimento psíquico grave, que não perderam, fenomenologicamente, suas vinculações com os afetos, com as relações, apresentamos os trabalhos que se enquadram nessa importante categoria, vinculada a processos artísticos de forma cronológica: Queiroz, 2010; Assis, 2010; Braga, 2012; Mota, 2013; Alcântara, 2015.

### ***Psicodiagnóstico***

Costa (2011), através do método Rorschach, como instrumento de avaliação psicológica individual adotado pelo GIPSI, afirmou ser possível verificar a existência de um padrão de variáveis em sujeitos com sofrimento psíquico grave, ou seja, uma constelação prodrômica capaz de indicar precocemente pessoas em sofrimento psíquico grave. A partir dessa constelação prodrômica, Silva (2013) deu continuidade ao desenvolvimento da pesquisa, com o enfoque na compreensão da dinâmica entre os elementos comuns e seus protocolos, verificando a validade da Constelação Prodrômica do Rorschach indicada por Costa (2011). Os achados de Silva (2013), indicam que as pessoas em sofrimento psíquico grave não apresentam sintomas clássicos de transtorno do pensamento ou de perda de contato com a realidade, embora tenham sido diagnosticadas desta forma.

Em uma pesquisa mais recente, Beckmann (2018), também utilizando o método Rorschach, buscou identificar a inter-relação entre a estrutura de personalidade e funcionamento psíquico de cada um dos integrantes de uma família. Beckmann (2018) afirmou ser possível observar a existência de indicadores que relacionados à psicose e outros relacionados aos pródromos de crises do tipo psicótica, tais como derrapagens cognitivas e comunicacionais. A autora ressaltou que a análise individual, em conjunto com a análise dos resultados dos testes dos outros membros familiares possibilitou a observação de relação entre as estruturas psíquicas e dinâmicas relacionais dos diferentes familiares.

## Metamorfoses do Constructo Sofrimento Psíquico Grave

Após realizar o levantamento sobre a história do GIPSI e a de seu fundador, bem como a contribuição acadêmica do grupo, podemos chegar às conclusões deste estudo, abordando as características dinâmicas e suas principais transformações, desde sua fundação até 2019. A primeira metamorfose observada foi em relação ao significado de seu acrônimo, passando de “Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses” para em 2009, ser rebatizado de “Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica”. Esta postura deixa claro os questionamentos do grupo, que tão frequentemente recebe encaminhamentos com diagnósticos prévios de psicose, e após um acolhimento e compreensão das demandas e queixas iniciais, percebe-se uma complexidade e acima de tudo, sofrimento humano que não se encaixa em categorias pré-estabelecidas de nosologia e psicopatológicas. Assim, Costa (2010), esclarece que o nome do grupo é “tão extenso quanto os questionamentos, as teorias e as propostas” desde. Logo, a mudança de nome foi motivada por uma questão fundamental, teórica e principalmente de postura prática, no intuito de não repetir a lógica, tão combatida, das práticas “psi” que positivam, naturalizam e reduzem o sujeito, que em todas as suas dimensões, é visto apenas através sua corporeidade, que necessita de fármacos, isolamento e contenção.

Baseado nesta premissa, outra mudança foi observada em relação aos seus procedimentos de atendimentos clínicos. Inicialmente, seguindo as normas e condições da clínica-escola, a qual é vinculado, em 2003, o GIPSI passa a realizar triagens clínicas para selecionar os casos que iriam ser atendidos, entretanto, segundo Coutinho, Cecílio e Mota (2012), o termo triagem, original do francês ‘*trier*’, com o significado separar ou selecionar, diz respeito ao procedimento que vai definir quem receberá atendimento prioritariamente, baseado em critérios clínicos que vão hierarquizar a gravidade e o estado de quem receberá o atendimento, principalmente por conta de escassez de recursos humanos e materiais. Há aqui claramente uma questão ética e filosófica envolvida, como hierarquizar os níveis do sofrimento humano? Ou como solicitar que um sujeito em crise aguarde um determinado período para só assim, ser atendido? O GIPSI passa então a abandonar esse modelo e aos poucos adota o termo acolhimento muito mais voltado para o suporte emocional nos primeiros contatos, relacionado a função de *holding* de Winnicott, nesse período se acolhe a crise buscando compreendê-la de uma forma mais sistêmica e fenomenológica, esse acolhimento ocorre tanto no nível individual quanto familiar, e em situações específicas, dependendo dos profissionais que compõem o grupo, podem ocorrer acolhimentos de profissionais da Terapia Ocupacional, Psiquiatria e Assistentes Sociais, por exemplo.

Como o GIPSI é um grupo de estágio clínico, extensão e pesquisa, podem ocorrer duas situações distintas: os alunos de graduação e Pós-Graduação que ao atingirem os seus objetivos acadêmicos, ou os profissionais voluntários que alcançarem o seu prazo de permanência de no máximo dois anos, tem a opção de encerrar o seu vínculo com o grupo. Em 19 anos de existência, muitos alunos e profissionais voluntários já participaram do grupo, muitos desses não se identificaram com a clínica do sofrimento psíquico grave, por outro lado, outros, aprofundaram seus estudos dedicando-se a compreender o fenômeno, sendo que muitos dos ex-estagiários do GIPSI hoje são profissionais de renome, fazendo parte da rede de atenção psicossocial do DF, ocupando cargos de gestão, seguindo cadeira docente em faculdades e universidades, e ainda, fazendo parte do movimento antimanicomial e da luta pela reforma psiquiátrica no DF. Esse fluxo constante de entrada e saída de integrantes, é um grande desafio para manter a qualidade dos serviços ofertados pelo GIPSI, para amenizar essa situação, todos os procedimentos foram documentados em um manual contendo todas as informações necessárias para os integrantes novatos, além das oficinas metodológicas específicas que visam aprimorar o conhecimento teórico ou técnico em um determinado assunto.

Conforme dito anteriormente, observamos muitas outras mudanças que giraram em torno do grupo, muitas delas, ligadas ao contexto da saúde mental, no âmbito político e jurídico, com abrangência local ou nacional, muitas dessas mudanças impactaram diretamente o grupo, outras impactaram indiretamente, muito mais pelo contexto social e cultural, como exemplo, citamos a resolução nº. 32 (Brasil, 2017), a Nota Técnica nº 11/2019 emitida pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, ratifica a resolução nº. 32 bem como a Lei 13.840.

Mas de todas as mudanças, a mais significativa foi relativa aos aspectos técnicos e teóricos do grupo, que amadureceram de sobremaneira, principalmente na evolução do constructo sofrimento psíquico grave. Ramos (2018) dedicou um capítulo de sua dissertação para tratar desse construto no qual apresentou de forma clara e objetiva as metamorfoses pelas quais esse constructo passou. Partindo da tese de doutorado e posteriormente da publicação do livro “a fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia” (Costa, 2003), Costa (2003) questiona a terminologia técnico-científica relacionada à psicose e esquizofrenia, que não englobam todas as teias e enredamentos conceituais, tornando-se limitada em sua capacidade explicativa de relação causa-efeito, tornando o fenômeno mais obscuro, gerando cada vez mais imprecisões.

Neste sentido, não com o objetivo de criar uma abordagem ou teoria sobre as psicoses, mas antes de tudo, suspender juízos sobre esses valores para a partir do fenômeno como se manifesta, questionar as práticas fundamentais das áreas ‘psi’, revisando as principais teorias tradicionais e clássicas do campo, lidando com o sofrimento psíquico sem realizar especulações de cunho patológico e psicologizante, e sem consistências sólidas. Além disso, esses questionamentos e reflexões elaborados por Costa vão além das bases teóricas e filosóficas, serviram para fundar e consolidar o GIPSI, como forma de concretizar um ideal de atendimento humano e ético nos serviços de saúde mental no Brasil.

Deste ponto, Costa busca sintetiza sobre a prática da clínica do sofrimento psíquico grave, que para:

Exercer uma clínica fenomenológica do cuidar do sofrimento *prestatividade, presentidade, ocupação, preocupação, solicitude, ser-aí-com*, nos termos de Heidegger, ou a *disponibilidade* e a *cura winnicottiana* (Costa, 2017 p. 92).

É necessário, antes de tudo, um cuidado ético frente ao sofrimento psíquico, que ultrapassa a barreira da corporeidade, que é fundamentalmente humano, que apesar de pertencer a um outro, toca em nossa essência, em nossa predisposição fundamental. Através da prática clínica e epistemológica exercida pelo GIPSI, foi possível perceber essa dimensão humana do sofrimento, e como exercer o cuidado deste sofrimento, acolhendo, oferecendo continente, reconhecendo-o e interpelando por mudanças possíveis, interna e externas, sempre com total respeito e apoio a condição humana.

## REFERÊNCIAS

Alcântara, K. M. de (2015). *A experiência de uma TV comunitária em saúde mental: do corpo invisível ao televisivo*. 212 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Assis, J. M. de (2010). *O riso pela lógica do Palhaço na Clinicanálise do sofrimento psíquico grave*. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)-Universidade de Brasília.

Beckmann, C. A. A. (2008). *Família e Primeira Crise do Tipo Psicótica: Um Estudo a Partir do Rorschach no Sistema Compreensivo*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Bessoni, E. A. (2008). *Clarisse, eu e Winnicott: um estudo de caso sobre o manejo na clínica do sofrimento psíquico grave*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Braga, F. W. (2012). *A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave*. 168 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Brasil (2017). *Resolução N° 32, de 14 de dezembro de 2017*. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1121412/do1-2017-12-19-resolucao-n-32-de-14-de-dezembro-de-2017-1121408-1121408](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1121412/do1-2017-12-19-resolucao-n-32-de-14-de-dezembro-de-2017-1121408-1121408)

Brito, L. S. (2011). *O terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave: particularidades e vivências*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Buzar, E. A. S. (2015). *Da Libras ao silêncio: implicações do olhar winnicottiano aos sujeitos surdos em sofrimento psíquico grave*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Carvalho, [Nerícia] R. (2006). *Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília.

Carvalho, [Cherulli] L. (2008). *A intervenção precoce nos ajustamentos do tipo psicótico e a clínica gestáltica: ensaios preliminares*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília.

Costa, [Elisa] W. K. A. (2011). *Rorschach e psicose: avaliação psicodinâmica do sofrimento psíquico grave*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Costa, [Ilêno]. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Editora e Gráfica Positiva/Abrafipp.

Costa, [Ilêno]. I. (2010). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa*. Kako Editora.

Costa, [Ilêno]. I. (2017). A crise psíquica enquanto paradigma do sofrimento humano. (Re)Pensando o psíquico como expressão do existir e seu cuidado. In Nilton Júlio de Faria e Adriano Furtado Holanda. (Org.). Saúde Mental, Sofrimento e Cuidado – Fenomenologia do Adoecer e do Cuidar. *Coleção Saúde e Psiquê*. Editora Juruá. 222p.

Costa, [Ilêno]. I. D. (2013). *Intervenção precoce e crise psíquica grave. Fenomenologia do Sofrimento Psíquico*. Juruá.

Costa, [Ilêno]. I., & Ramos, T. C. C. (2018). Primeiras crises psíquicas graves: O que a Fenomenologia pode dizer? *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 8(2), 251-264.

Costa, I., Holanda, A., Marins, F. & Tafuri, I. (2003). *Ética, linguagem e sofrimento. VI Conferência internacional sobre filosofia psiquiatria e psicologia*. ABRAFIP.

Coutinho, A. A. P. , Cecílio, L. C. D. O., & Mota, J. A. C. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Med Minas Gerais*, 22(2), 188-98.

Ferreira, A. F. (2012). *A injunção como acontecimento: sobre o desencadeamento de crises psicóticas*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

França, V. N. (2017). *Da clínica à gestão: uma política para os CAPSi do DF*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Freitas, M. M., & Puchivailo, M. C. (2017). História do Gipsi, 15 Anos: Uma Revisão Bibliográfica. *Caderno PAIC*, 18(1), 624-640.

Fukuda, A. M., de Oliveira, L. B., & Puchivailo, M. C. (2018). Levantamento dos Grupos de Pesquisa e de Intervenção em Primeiras Crises Psicóticas no Brasil. *Caderno PAIC*, 19(1), 543-556.

Gondim, M. F. N. (2007). *Os sentidos dos vínculos na crise psíquica grave*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Jansen, M. C. C. (2007). *Saúde mental e estrutura familiar: o lugar do sofrimento psíquico grave*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Mano, R. P. (2010). *O sofrimento psíquico grave no contexto da religião protestante Pentecostal e Neopentecostal: repercussões da religião na formação das crises do tipo psicótica*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Mano, R. P. (2016). *Vivências espirituais e sofrimento psíquico grave*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Mota, A. de O. (2013). *O teatro como palco para o self: entre Winnicott, a arte e a clínica da atenção psicossocial*. 295 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Oliveira, M. A. de (2015). *A experiência das psicoses: um olhar teórico-clínico da Gestalt-Terapia*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Osse, C. M. C. (2008). *Pródromos e qualidade de vida de jovens na moradia estudantil da Universidade de Brasília – UnB*. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília.

Osse, C. M. C. (2013). *Saúde mental de universitários e serviços de assistência estudantil: estudo multiaxial em uma universidade brasileira*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília.



Puchivailo, M. C. (2018). *Atenção às Primeiras Crises do Tipo Psicóticas: Uma Experiência em um Caps III de Curitiba*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília.

Queiroz, A. G. de (2010). *A louCURA pelo corpo: incursões corporais com sujeitos em sofrimento psíquico grave*. 131p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Ramos, T. C. C. (2018). *Acolhimento e cuidado: a gestalt-terapia diante do sofrimento psíquico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Ribeiro, [Cristina]. M. (2014). *Psicose, família e crise: inserções psicanalíticas em um serviço multidisciplinar*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Ribeiro, [Cristina]. M. (2018). *A busca da verdade e o funcionamento psicótico*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Ribeiro, [Maviane]. V. M. (2007). *Diferenciação ou alienação? O engodo da loucura: uma leitura da transmissão psíquica entre gerações no caso Schreber*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Ribeiro, [Patrícia]. O. (2011). *Primeiras crises psíquicas graves e a tipologia de Jung: um estudo exploratório*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Rodrigues, R. C. (2010). *Loucura e preconceito no contexto da reforma psiquiátrica: sujeito, território e políticas públicas*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Santiago, M. A. (2009). *Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Silva, [Elisa]. A. (2007). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em centros de atenção psicossocial de Goiânia-GO*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.



Silva, [Elisa]. A. (2013). *(Re)visitando a caixa de ferramentas em saúde mental: o cuidado de si como condição para cuidar do outro*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Silva, [Hayanna]. C. S. R. (2013). *Psicose e crises psíquicas grave: uma investigação pelo método de Rorschach*. xi, 134 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Silva, [Hayanna]. C. S. R. (2017). *O ambiente de cuidado no manejo de crises psicóticas: uma leitura winnicottia*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) -Universidade de Brasília.

Silva, [Maria] N. R. M. O. (2010). *Redes sociais significativas na saúde mental: (des) cobrindo relações no sofrimento psíquico grave e (redes) cobrindo elos de encontro*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Sousa, P. S. M. (2010). *A inserção da psicanálise na saúde mental da reforma psiquiátrica brasileira: possibilidades e desafios*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultural) – Universidade de Brasília.

Veiga, J. R. V. C. S. (2010). *Delírio e identidade: um estudo teórico-clínico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília.

Zacharias, J.J. de M. (1994). *QUATI: Questionário de Avaliação Tipológica*. Manual. Vetor.

SEÇÃO 3 – PESQUISAS E  
INTERVENÇÕES EM PSICOLOGIA:  
interfaces entre o indivíduo e a sociedade



# O DESENVOLVIMENTO DE INTERVENÇÕES PREVENTIVAS À VIOLÊNCIA NO NAMORO EM CONTEXTO BRASILEIRO

Tainah Maria Santos  
Silvia Renata Lordello

---

Quais são os principais desafios que os pesquisadores brasileiros encontram para desenvolver intervenções preventivas à violência no namoro (VN)? Se já constatamos que a violência nos relacionamentos íntimos pode ser manifestada de diferentes formas e há alta prevalência e graves consequências, como colaborar para o desenho de intervenções com ferramentas que as tornem exequíveis? Esse capítulo tem por objetivo investigar o desenvolvimento de intervenção em VN por pesquisadores brasileiros. Para isso, elegemos a *Intervention Mapping Approach* (IMA) para analisar o processo de criação das intervenções e explorar as barreiras e facilidades encontradas neste percurso. IMA é uma abordagem ecológica de desenvolvimento de intervenções, que visa oferecer ferramentas ao desenvolvedor desses programas, auxiliando-o a planejar intervenções em saúde e que envolvam a participação comunitária (Bartholomew et al., 2017). Espera-se com esse capítulo, fornecer subsídios que encorajem o desenvolvimento de intervenções, cujo impacto seja voltado não só à prevenção de violência, mas que inspire políticas públicas que incluam o tema em sua pauta.

## **Violência no namoro: compreender para intervir**

A violência no namoro (VN), também denominada violência entre parceiros íntimos, se configura por comportamentos que tem por objetivo controlar ou dominar o parceiro, e pode ser expressa de forma física, psicológica ou sexual em relações menos estáveis ou duradouras. Essa violência se dá de forma bidirecional, com ambos os parceiros podendo ocupar a posição de agressor e vítima, ocorrendo também em relacionamentos homoafetivos. Contudo, são as mulheres que sofrem mais repercussões em sua saúde física e psicológica em decorrência deste tipo de violência, caracterizando-a como um subtipo de violência de gênero (Murta et al., 2013a). São elas que sofrem as violências mais graves, como queimaduras e enforcamentos, assim como

apresentam mais repercussões negativas em sua saúde mental (Rizzo et al., 2018, Muñoz-Fernández et al., 2019). Um estudo da Organização Mundial de Saúde realizado em dez países estima que entre 15% e 71% das mulheres de áreas urbanas e rurais relatou ter sofrido alguma violência física ou sexual perpetrada por seu parceiro íntimo (Garcia-Moreno et al., 2006).

Apesar da alta prevalência e das graves consequências, são raras as iniciativas brasileiras que buscam prevenir a violência no namoro. Revisões de literatura recentes sobre as intervenções preventivas nesse campo encontram um escasso número de estudos (Murta et al., 2013a). Foram localizados apenas dois artigos tratando de intervenções desenvolvidas no Brasil (Murta et al., 2013b e Murta et al., 2016). A maior parte dos estudos foi desenvolvida em contexto norte-americano, onde o combate a esse tipo de violência já se tornou política pública em alguns estados (Murta et al., 2013a).

Essas intervenções podem ocorrer em três níveis de prevenção: universal, oferecida para um público mais abrangente, independente dos participantes já terem experienciado ou não a violência; seletiva, que é direcionada para pessoas que apresentam fatores de risco para a violência no namoro; e por fim a prevenção indicada, dirigida às pessoas que já sofreram algum tipo de violência, e que visa prevenir novas agressões (Murta et al., 2013a).

A violência no namoro é um importante fator preditivo da violência doméstica, embora ainda não lhe seja conferida a devida atenção psicossocial (Jouriles et al., 2017; Oliveira & Sani, 2009). A Lei Maria da Penha (Lei nº11.340/2006) define a violência doméstica como todo tipo de violência contra a mulher que acontece no âmbito familiar e das relações íntimas. Embora essa lei seja um marco na proteção de mulheres no país e completa 14 anos em 2020, muito distante ainda se está de suas garantias e mecanismos protetivos na prática. Na realidade brasileira, é preciso esclarecer que a violência contra a mulher se manifesta permeada pelas marcas indelévels de nossa cultura patriarcal, com diferenças maculadas pelo racismo estrutural, que diferencia a violência nas consubstancialidades de raça, classe e gênero. No continuum da violência, os sinais precoces incluem as manifestações nos namoros e relações íntimas desde a adolescência e chegam até a expressão letal da violência contra a mulher pelo feminicídio, na maior parte, mortes evitáveis e anunciadas (Santos e Irineu, 2019). De acordo com Meneghel e Portella (2017) as condições de gênero, raça e classe social na arena do capitalismo patriarcal cria uma nova condição de vítima para as mulheres. Observa-se nas políticas públicas a invisibilidade desse fenômeno, uma vez que as principais ações são voltadas ao atendimento de vítimas e autores após as violências consumadas e os direitos violados.

## O mapeamento como ferramenta útil ao planejamento de intervenções

A abordagem de mapeamento de intervenções (AMI) originalmente nomeada como *Intervention Mapping Approach* se propõe a auxiliar o planejamento de cada passo do desenvolvimento de uma intervenção em saúde (Bartholomew et al., 2011). De acordo com Murta e Santos (2015), as intervenções para prevenção e promoção em saúde podem ser definidas em um amplo espectro que pode compreender:

- a) práticas, programas, políticas ou diretrizes, compostas por método único ou combinação de estratégias,
- b) dirigidas a indivíduos, organizações, comunidades, sistemas ou regiões, com vistas a gerar mudanças em desfechos relacionados à saúde,
- c) Iniciativas para redução de fatores de risco e vulnerabilidades e maximização de fatores de proteção e comportamentos de saúde e bem-estar.

A AMI é caracterizada por três pressupostos: a abordagem ecológica social, a participação de todos os *stakeholders*, e o uso de teorias e evidências como base dos métodos e materiais utilizados na intervenção (Kok et al., 2017). A abordagem ecológica pressupõe que uma intervenção é um evento no sistema, e que esse sistema pode reforçar ou diminuir os efeitos da mesma. O sistema é um conjunto de atores, contextos e atividades que podem ter influência ou serem influenciados pelo problema que move a intervenção. Sendo assim, as condições ambientais necessárias para que uma mudança aconteça não cabem apenas ao indivíduo, mas podem estar nos níveis interpessoal, organizacional, comunitário e societário. Para determinar o alvo de mudança de uma intervenção, todos esses níveis devem ser considerados (Bartholomew et al., 2011; Kok et al., 2012). É importante compreender que esses níveis são mutuamente afetados uns pelos outros. Uma intervenção pode ser voltada para um indivíduo e afetar uma organização, ou uma política voltada para a sociedade pode gerar mudança de comportamento em vários indivíduos (Bartholomew et al. 2011).

*Stakeholders* são todas as partes interessadas na intervenção, sejam elas diretamente ou indiretamente afetadas pela intervenção. A participação de todos os *stakeholders* está intimamente ligada à abordagem ecológica, e implica incluir atores das organizações, comunidade e possíveis participantes no desenvolvimento de uma intervenção. Isso proporciona uma variedade de

habilidades, expertises e conhecimentos sobre os vários níveis ecológicos. Também garante que os objetivos do programa reflitam, de fato, as preocupações e necessidades da comunidade, aumentando a probabilidade de que ele seja adotado pela mesma (Kok et al., 2017).

Além do conhecimento comunitário, a AMI encoraja o uso de múltiplas teorias que possam ser ligadas aos elementos relevantes de uma intervenção (Kok, 2014). Moore et al. (2013) assumem que todas as intervenções têm uma teoria que orienta desde a hipótese à análise. Um dos passos da AMI consiste em selecionar métodos e técnicas com evidências. Embora seja interessante o conhecimento de múltiplas teorias, é preciso assumir alguns recortes teóricos, necessários à execução dos objetivos de mudança para as quais a intervenção se propôs (Bartholomew et al., 2011).

O processo de desenvolvimento de intervenção pode ser dividido em seis passos, cada um com uma lista de tarefas a serem desenvolvidas em cada fase: (1) avaliação de necessidades; (2) matrizes de objetivo de mudanças; (3) seleção de métodos baseados em teoria; (4) desenvolvimento do programa da intervenção; (5) adoção, implementação e sustentabilidade do programa e (6) plano de avaliação da intervenção. Os passos são interdependentes, uma vez que a conclusão de uma etapa gera insumos necessários para a construção do passo seguinte. O conjunto das seis etapas forma um mapa para o desenho, implementação e avaliação da intervenção (Bartholomew et al., 2011; Kok, 2014).

O primeiro passo para o planejamento de uma intervenção abrange a constituição de um grupo de desenvolvedores composto pela participação de diversos atores (Kok, Peters & Ruiter, 2017). A avaliação de necessidades consiste no levantamento dos determinantes ligados ao problema alvo de intervenção, sua prevalência na comunidade, identificação de comportamentos, fatores ambientais e psicossociais que tenham impacto no problema. Também é necessário conhecer o contexto em que a intervenção será desenvolvida. Esse levantamento pode ser feito quantitativamente ou qualitativamente, levando em consideração os dados obtidos pela literatura, pelos especialistas naquele tema, pela comunidade onde o programa será desenvolvido e pelos indivíduos diretamente afetados pela questão de saúde em tela. O resultado dessa avaliação fornece insumos para a definição dos objetivos da intervenção (Schaafsma et al., 2012).

Tendo os objetivos da intervenção em mente, o segundo passo consiste em examinar os comportamentos e condições ambientais levantados na etapa anterior configurando-os como objetivos de mudança (Bartholomew et al., 2011). Seguindo o exemplo da violência no namoro, sofrer violência doméstica perpetrada pelos pais é um fator de risco. Esse fator pode ser expresso em comportamentos dos pais, como gritar com os filhos ou dar tapas. Esses comportamentos tomados como um objetivo de mudança podem ser trabalhados no nível individual, provendo os genitores com conhecimento

de outras práticas parentais não violentas. O nível da sociedade pode atuar sobre os agentes ambientais envolvidos, nesse caso, a representação social de que os pais têm propriedade de seus filhos. Estabelecendo leis que visam coibir o uso de castigos físicos e humilhantes em crianças e adolescentes, reduz-se a ocorrência desses comportamentos. Ao fim do segundo passo, os determinantes devem estar ligados aos respectivos comportamentos específicos que serão alvo de transformações, criando um modelo lógico de mudança (Kok, 2014; Kok et al., 2017).

Definidos os comportamentos e agentes ambientais que serão alvos da intervenção, o terceiro passo consiste em identificar na teoria métodos que possam influenciar efetivamente na mudança destes alvos. As teorias e abordagens são escolhidas a partir da literatura e das evidências de que atuam na redução do problema em tela. É possível fazer uso de múltiplas teorias que atuem em níveis sociais e psicológicos. Nessa etapa, os temas e conteúdos que serão abordados na intervenção são definidos e sequenciados. Também se busca a aplicação prática de teorias em forma de atividades do programa. (Kok, 2014; Kok et al., 2017).

O quarto passo abrange a estruturação do programa de intervenção e a produção criativa de suas sessões. Nesse momento, se dá o desenvolvimento de materiais (como cartilhas, jogos, cartazes) e protocolos de aplicação. É planejada a organização da estrutura do programa (ex. número de sessões, duração dos encontros, frequência) e os canais de entrega (ex.: *online*, grupos presenciais). Após a estruturação de todo o programa, consulta-se o público alvo sobre a atratividade do mesmo. Nessa etapa também cabe a pré-testagem dos materiais e das atividades da intervenção com finalidade de refinar os mesmos e garantir sua viabilidade na prática.

O quinto passo consiste em planejar a adoção, implementação e sustentabilidade da intervenção (Bartholomew et al., 2011). A adoção diz respeito à representatividade das instituições que aceitam oferecer um programa (Finlayson et al., 2014). No caso de um programa em prevenção à violência no namoro, ele pode ser adotado por uma escola, uma universidade, ou um centro de saúde, por exemplo. A implementação trata do processo como a intervenção é entregue e se o que chega ao usuário é fiel ao que foi planejado (Moore et al., 2013). A sustentabilidade trata tanto da estrutura necessária para que esse programa seja integrado como um serviço que será oferecido ao longo do tempo, quanto da manutenção das mudanças comportamentais dos participantes no tempo após a intervenção (Finlayson et al., 2014). A quinta etapa tem como tarefas: identificar potenciais adotantes e implementadores da intervenção; estabelecer os resultados esperados e os objetivos de performance da intervenção; realizar possíveis alterações no desenho



da intervenção a fim de que ela se adeque da melhor forma possível e seja atraente à instituição que irá entregá-la e ao público alvo (Kok, 2014). Esse passo não é exclusivo do desenvolvimento de programas, e pode ser usado para adaptar e planejar o uso de uma intervenção já existente em um novo contexto (Bartholomew et al., 2011).

O sexto passo consiste em elaborar um plano de avaliação para o programa. A avaliação de resultado é fundamental para entender se a intervenção produziu os resultados esperados. A avaliação de processo é útil para elucidar através de quais mecanismos esses resultados foram alcançados. As avaliações podem também identificar e evitar iatrogenias. Além disso, favorecem a implementação de um mesmo programa em diversos contextos, garantindo que seus elementos principais e resultados sejam mantidos (Moore et al., 2013; Murta et al., 2016). Esse passo permeia todo o processo de desenvolvimento de um programa, pois ao se pensar nos objetivos de uma intervenção é necessário construir metas mensuráveis para se medir a efetividade do programa ao final da entrega. As atividades esperadas para esse passo são desenvolver indicadores e medidas e planejar a avaliação de processo e de resultados (Kok, 2014).

Esse trabalho tem por objetivo investigar entre pesquisadores que já tenham participado do desenvolvimento de uma intervenção em violência no namoro, os principais elementos que compuseram suas intervenções. A pesquisa busca compreender o processo de criação de uma intervenção de acordo com os passos da *Intervention Mapping Approach* e explorou as barreiras e facilidades encontradas neste percurso.

## **Breves considerações sobre como o estudo foi desenvolvido**

Para o recrutamento de participantes, utilizou-se o método bola de neve, um tipo de amostragem não probabilística constituída por cadeias de referência, formadas a partir de informantes-chave que possam indicar possíveis participantes que se enquadrem no perfil da pesquisa, devido à especificidade desta amostragem (Vinuto, 2016). O critério para seleção dos participantes foi o trabalho ativo e recente no desenvolvimento ou entrega de intervenções em interface com a prevenção à violência no namoro.

Foi utilizado um roteiro de entrevista estruturada. As perguntas foram baseadas na AMI e na pesquisa de Schaafsma, Stoffelen, Kok e Curfs (2013). As questões foram adaptadas para maior compreensão de pesquisadores que não fossem familiares com a abordagem em tela, como pode ser consultado na tabela 1. O roteiro foi organizado em um formulário eletrônico de coleta de respostas, a fim de alcançar experiências desenvolvidas em diversas localidades do país. As questões de foram respondidas por escrito pelos participantes.

**Tabela 1** – Questões da forma como constaram no instrumento

| <b>Etapa</b>                                                       | <b>Questões</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Passo 1: Avaliação de necessidades                                 | 1. Membros do público-alvo foram incluídos no desenvolvimento da intervenção?<br>2. Quais foram os objetivos da intervenção e quais fatores levaram à definição destes objetivos?<br>3. Como foi selecionado o público alvo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Passo 2: Objetivos de mudança                                      | 4. Que comportamentos ou crenças precisavam ser mudados para atingir o objetivo da intervenção?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Passo 3: Definição de métodos e teorias                            | 5. Quais teorias e metodologias foram selecionadas como base da intervenção e por quê?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Passo 4: Desenho e desenvolvimento do programa                     | 6. Quais estratégias foram usadas para atrair o público-alvo a participar da intervenção? (ex.: cartazes, divulgação online)<br>7. Houve treinamento de alguma equipe para entregar ou conduzir a intervenção?<br>8. Houve pré-testagem ou estudo piloto da intervenção? Como?                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Passo 5: Uso do programa, adoção, implementação e sustentabilidade | 9. Quais adaptações foram necessárias para que a intervenção se adequasse ao público alvo? (ex.: duração, linguagem acessível)<br>10. Quantos participantes essa intervenção alcançou?<br>11. Quais barreiras foram observadas no desenvolvimento e na implementação da intervenção?<br>12. Na sua opinião, o que ainda necessita ser elaborado (ex. pesquisas, políticas públicas) para facilitar o processo de desenvolvimento de intervenções?<br>13. O que seria necessário (ex. recursos, divulgação) para que a intervenção seja difundida? |
| Passo 6: Impacto do programa                                       | 14. Quais os resultados que a intervenção pretendia alcançar? Eles foram atingidos?<br>15. O programa foi avaliado? Como?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Fonte: Schaafsma et. al, 2013.

Além do roteiro de entrevista, também foram coletados uma breve descrição e o histórico de cada intervenção. Os dados foram analisados qualitativamente a partir das categorias dos passos da *Intervention Mapping Approach*, ou seja, de forma dedutiva por essa lente teórica. O exame minucioso das predominâncias e tendências nos discursos foram organizados a partir da análise de conteúdo (Minayo, 2001).

## Iniciativas e propostas de intervenção e suas características

Foram levantadas 4 iniciativas com atuação ou intersecção à violência no namoro em 4 estados brasileiros, que vamos descrever brevemente. Uma das iniciativas consistia em programa de 10 sessões sobre o desenvolvimento durante a adolescência, que abrangia relacionamentos amorosos, violência e sexualidade. Outra iniciativa tratava-se de pesquisa-ação que realizou 3 grupos focais com 1h30 de duração, discutindo assuntos como sexualidade, sinais de violência no namoro, questões de gênero e resolução de conflitos sem uso da violência, desenvolvida como uma intervenção breve em contexto escolar. O terceiro projeto mencionado tratava-se de um programa de habilidades sociais desenvolvido com adolescentes de 13 a 17 anos, que visava ampliar as

mesmas, e abrangia o tema de violência no namoro em uma das sessões. Por fim, uma das intervenções consistia em uma ação de uma psicóloga responsável pelo atendimento psicoterapêutico de vítimas de violência no namoro encaminhadas pela rede de assistência social.

## **Análise e discussão dos passos da AMI identificados nos resultados**

### ***Avaliação de necessidades***

Os resultados mostraram que as intervenções, de forma geral, realizaram a etapa de levantamento de necessidades, consultando principalmente a literatura. Embora seja um recurso muito legítimo, isso pode representar uma limitação sobre a perspectiva ecológica que pressupõe maior diversidade de sistemas (Kok et al., 2017). A inclusão de membros do público-alvo foi uma fonte de levantamento percebida como relevante pelos pesquisadores, e esses foram incluídos em duas das quatro iniciativas em tela. O público mais frequente selecionado para receber essas intervenções foram os alunos de ensino médio, localizados por conveniência. No caso da psicoterapia, os casos eram encaminhados pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), instituição que presta acolhimento psicossocial para pessoas em situação de ameaça ou violação de direitos.

Um ponto muito importante nas respostas foram as questões institucionais, que foram identificadas como barreiras ao desenvolvimento das intervenções. Esse é um alerta muito importante e dialoga com o que é preconizado pela visão ecológica da AMI (Bartholomew et al., 2011). Na visão dos desenvolvedores há risco de os resultados serem prejudicados em virtude de aspectos como despreparo e descrença dos profissionais das instituições e credibilidade nos projetos. Neste caso, recomenda-se que a instituição deva ser encarada como público-alvo, além dos adolescentes, tentando minimizar seu impacto negativo no sistema.

### ***Objetivos de mudança***

De forma geral, os programas visavam diminuir fatores de risco ou aumentar fatores de proteção relacionados à VN, como habilidades sociais. As intervenções delineadas pelos pesquisadores elegeram como objetivo de mudança comportamentos e crenças que fomentam ou mantêm a violência de gênero, como a culpabilização da vítima. O foco mais frequente entre as

intervenções foi a alteração de crenças rígidas relacionadas aos papéis de gênero e a violência. Exemplos dessas crenças foram a ideia de posse do parceiro nas relações, o mito de que as vítimas escolheram estar na situação de violência e a falsa concepção de que os agressores estão legitimados em seus atos a depender de algum comportamento do parceiro. O trabalho sobre essas crenças converge com a literatura sobre o tema, que aponta crenças sexistas e representações rígidas sobre papéis de gênero, especialmente sobre masculinidade, como cerne da violência nos relacionamentos afetivos-sexuais (Cechetto et al., 2016; Leen et al., 2013). O compromisso com a desmistificação dessas crenças pelos desenvolvedores das intervenções ilustrava o investimento em problematizar pensamentos hegemônicos na sociedade machista e misógina. Isso se articula com a recomendação da abordagem ecológica no nível societário com impacto na dimensão intrapessoal. Os resultados não apontaram se tais objetivos estariam estruturados em modelos lógicos, mas a clareza sobre objetivos da mudança é reconhecida pela AMI como fundamental no delineamento de intervenções.

### ***Definição de métodos e teorias***

As teorias e técnicas cognitivo-comportamentais predominaram em todas as intervenções mencionadas. Os programas também contavam com psicoeducação, técnicas de manejo grupal e uso das teorias bioecológica e de habilidades sociais. A escolha dessa variedade de técnicas propicia que as intervenções ocorram de forma mais dinâmica, o que é recomendado para a efetividade desse tipo de programa, uma vez que modelos que se voltam apenas para transmitir informações sobre o fenômeno da VN tem se mostrado pouco efetivos (Koker et al., 2014). Não foi possível mensurar, pelas respostas, a compatibilidade dos recortes teóricos com os objetivos, mas notou-se que os desenvolvedores valorizavam a escolha teórica como um passo importante no delineamento da intervenção, para que as proposições derivadas fossem compreendidas à luz de uma teoria que as validasse. A seleção de métodos e teorias baseados em evidência mostrou-se compatível com a ideia de integração de teorias no intuito de enriquecer a intervenção.

### ***Desenho e desenvolvimento do programa***

Esse passo diz respeito à estruturação do programa de intervenção e a produção criativa de suas sessões, com a elaboração de materiais, aspectos da execução e canais de entrega. O público-alvo pode avaliar a atratividade da proposta e pode haver a pré-testagem dos materiais. Nos projetos mencionados

neste estudo, é possível citar a intervenção que aborda habilidades sociais como exemplo. Os adolescentes e os educadores que trabalhavam diretamente com eles foram envolvidos no desenvolvimento da intervenção como *stakeholders*, consultando-os quanto às suas percepções sobre o relacionamento com os membros da família, amigos, professores e parceiros românticos na etapa de avaliação de necessidades. As informações coletadas foram usadas no desenho da intervenção como temas de sessões, utilizando-se, por exemplo, a técnica do *role play* para explorar as vivências trazidas por esses *stakeholders*. Dentre os conteúdos trazidos por eles, a desenvolvedora destaca circunstâncias envolvendo agressões entre o adolescente e seus interlocutores e demandas para lidar com a violência. As preferências musicais dos jovens também foram levadas em consideração e envolvidas nas atividades para que a discussão assumisse formato mais lúdico. Recursos como vídeos e histórias em quadrinhos também foram utilizados de forma criativa em outras iniciativas, a fim de engajar os participantes, a partir de suas próprias sugestões.

Nos delineamentos investigados neste estudo, o número de sessões variou entre 3 e 10 encontros. Não há convencionado um número ideal de sessões para trabalhar o tema da VN, contudo, a regularidade de encontros, ao invés de uma única sessão é recomendada mesmo em programas de curta duração (Murta et al., 2013a, Santos, 2019).

O recrutamento dos participantes se deu por parcerias institucionais, incluindo escolas, Organizações Não Governamentais (ONGs), e CREAS. Com exceção do encaminhamento para psicoterapia, tanto as instituições quanto os participantes receberam convites presenciais e tiveram oportunidade de esclarecer dúvidas relativas ao programa com a equipe. Também excluindo o caso da psicoterapia, os outros programas em tela contaram com algum tipo de alinhamento da equipe ou capacitação sobre VN ou outros temas afins. Diferente do que é encontrado em revisões de literatura sobre o tema, nas quais a grande maioria dos programas são desenvolvidos na escola (Murta et al., 2013a; Leen et al., 2014), instituições de outras esferas foram incluídas como *stakeholders*, o que é desejável no sentido de envolver outros campos da sociedade no combate à violência.

Apenas um projeto contou com a pré-testagem dos materiais e teste piloto da intervenção. Considerando que o desenho da intervenção permite mais criatividade daqueles envolvidos nesta etapa, que podem lançar mão de uma série de atividades e formatos para alcançar os seus objetivos de mudança, a pré-testagem de materiais ou mesmo da intervenção como um todo é recomendada por integrar novamente os *stakeholders*, especialmente o público-alvo.

### ***Uso do programa, adoção, implementação e sustentabilidade***

Esse passo do IMA tem como metas estabelecer os implementadores da intervenção, os resultados esperados e os objetivos e as adequações no desenho da intervenção (Kok, 2014). Nos resultados desse estudo, as adequações ao público adolescente foram as principais adaptações mencionadas pelos desenvolvedores das intervenções. Tais mudanças se deram quanto à duração e a frequência das sessões; quanto a linguagem utilizada e quanto a forma de entregar o conteúdo, mais dialógica e lúdica.

A principal barreira para o desenvolvimento das intervenções nessa etapa foi a relação com as instituições, como abertura para implementar projetos, expectativas da instituição incoerentes com os objetivos do programa e reprodução de estereótipos e crenças negativas ligados a VN por parte de funcionários que atuavam com os participantes em outros momentos, como professores que diziam que abertamente mencionavam a violência como uma forma eficiente de resolução de conflitos. No caso da psicoterapia, as barreiras identificadas foram o engajamento e comprometimento dos pacientes. Uma proposta para transposição dessas barreiras são programas que atuem com mais de um público alvo, envolvendo também professores e família no trabalho de prevenção, o que também é indicado pela literatura por promover mudanças no contexto, não apenas no indivíduo, assim como indicado pela abordagem ecológica social (Koker et al., 2014; Bartholomew et al., 2011).

O alcance das intervenções abrangeu entre 15 e 80 adolescentes. Para os participantes, o maior déficit encontrado no alcance das intervenções foi na adoção, sustentabilidade e difusão das mesmas. A falta de multiplicadores capacitados foi a principal barreira para essa etapa das intervenções. As iniciativas em violência no namoro, assim como a maior parte de produção de conhecimento brasileira, ocorrem na Pós-Graduação *stricto sensu* e está majoritariamente concentrada nas universidades públicas (Oliveira, 2015). Provavelmente por isso, observa-se que as intervenções brasileiras são desenvolvidas com forte respaldo da literatura e planejamento, o que pode garantir a qualidade das mesmas e evitar iatrogenias. Contudo, pelo mesmo motivo de surgirem nas universidades, percebe-se que os programas contam com poucos recursos financeiros e multiplicadores, o que reduz o alcance, a sustentabilidade e a difusão das mesmas. Muitas vezes os programas ocorrem por um curto período de tempo, com fins de pesquisa e uma equipe reduzida, o que limita o número de participantes que podem ser atendidos.

## ***Impacto do programa***

A tarefa principal desse passo é desenvolver indicadores e medidas e planejar a avaliação de processo e de resultados (Kok, 2014). Os resultados das intervenções em tela foram positivos, de modo geral. Todos os programas contaram com algum tipo de testagem de resultados, avaliados por meio de medidas de pré-teste e pós-teste e *randomized controlled trial* (RCT). Escalas também foram utilizadas como estratégia de coleta dos resultados. Os participantes também foram incluídos na avaliação, por *feedbacks* e avaliação de satisfação. Uma única intervenção adotou a avaliação de processo, através do registro de comportamentos em um protocolo durante todas as sessões. As avaliações tanto de resultados quanto de processo são essenciais para compreender o que funcionou ou não numa intervenção, permitindo reformulações (Moore et al., 2013).

## **O legado das Intervenções brasileiras na prevenção à violência no namoro**

De forma geral, as iniciativas apresentadas neste capítulo mostraram forte respaldo científico, e estão alinhadas aos passos da IMA, mesmo não tendo sido elaboradas usando esse modelo como guia para o desenvolvimento de intervenções. Para além de tecnicismos, isso demonstra o comprometimento dos pesquisadores com a mudança de realidades sociais, procurando não só prevenir a violência e acolher vítimas, o que já seria muito relevante, mas buscando efetividade para suas propostas.

Observou-se nas intervenções descritas a preferência pela prevenção universal, ou seja, aquela que não tem critérios de seleção de participantes e pode ser mais generalista (Murta et al., 2013a). Esse fato sugere um pioneirismo nas iniciativas que se justifica pela prevenção em larga escala, sem o fator de risco necessariamente presente. Não foram localizadas intervenções de prevenção seletiva, aquela direcionada a grupos que não necessariamente estavam envolvidos em dinâmicas violentas, mas apresentam fatores de risco para se engajarem nas ditas dinâmicas, como, por exemplo, crianças e adolescentes advindos de contextos familiares violentos (Murta et al., 2013a).

O caso de prevenção indicada contemplado nesta pesquisa, apesar de ser entregue na forma de psicoterapia individual evidencia uma potencialidade de articulação desses serviços, no sentido de se integrarem ao fluxo de atendimento às vítimas e receberem encaminhamentos, como no referenciado caso, ao invés de buscarem espaço nas instituições. Entretanto, a prevenção indicada, voltada aos que já vivenciaram violências em suas relações, buscando evitar a continuidade desses modelos em futuros relacionamentos,



pode se sobrepor ao trabalho de outros serviços já estabelecidos pela rede de atendimento psicossocial, como o Centro de Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM), Núcleo de Atendimento às Famílias e aos Autores de Violência Doméstica (NAFAVD), e Casa da Mulher Brasileira (CMB).

Um grave fator limitante do desenvolvimento de intervenções, diz respeito à conjuntura. Mesmo antes da pandemia da COVID-19, as agências de fomento de pesquisa brasileiras já enfrentavam dificuldades orçamentárias e de priorização do conhecimento científico, comprometendo as bolsas de Pós-Graduação e demais subsídios para pesquisa. O financiamento é fundamental para a ampliação das equipes de desenvolvedores e multiplicadores e a confecção de materiais, possibilitando assim a difusão e sustentabilidade das intervenções. (Oliveira, 2015).

Diante desse cenário, é necessário o reconhecimento e valorização das tecnologias sociais, que compreendem metodologias, técnicas e produtos replicáveis, desenvolvidos em conjunto com a comunidade e que se apresentam como soluções que podem gerar transformação social (Rodrigues & Barbieri, 2008). No campo das intervenções, a universidade pública se destacou como local de desenvolvimento dessas ações, reforçando seu compromisso com ações de impacto social. Além do potencial de reduzir custos gerados pelos agravos dos problemas sociais sobre os quais atuam, elas ampliam a potencialidade de saúde e bem-estar entregue à população, fazendo jus à articulação entre ensino, pesquisa e extensão e retornando o investimento da universidade pública diretamente à população. Os pesquisadores das universidades federais têm se comprometido em produzir conhecimento que dialogue com as necessidades sociais, reconhecendo o caráter político de seu trabalho.

Observa-se nas pesquisas o comprometimento com o novo paradigma que busca o retorno da qualidade da produção científica e o impacto positivo para a população (Trentin et al., 2018). Cabe aqui uma reflexão final sobre as limitações desse tipo de ferramenta. Tendemos a uma avaliação técnica dos passos que são preconizados e que tem valor inquestionável no planejamento e organização de ideias e delineamentos. Entretanto, não podemos deixar de fazer uma advertência crítica sobre o perigo de adotar modelos importados descontextualizados, sem uma avaliação da realidade a qual se destina. No caso da complexidade de nosso país, não só por sua extensão continental que multiplica a diversidade de cenários, como pela própria pluralidade de realidades produtoras e resultantes de vulnerabilidades, esse desafio torna-se ainda maior. Isso é acrescido ainda pela insuficiência e ineficiência de políticas públicas decorrentes de um projeto de Estado que não as priorizam. Pensar a limitação da ferramenta não pode se restringir à culpabilidade de profissionais despreparados, pois não há projeto formativo para eles. Não pode também



se limitar à falibilidade das redes e serviços, pois os executores das políticas trabalham em condições adversas, tentando atuar apesar do tecnicismo e da falta de insumos que lhes são conferidos. Diante de posições neoliberais, as mazelas impressas pelo capitalismo vigoram atropelando projetos que poderiam dar visibilidade às tecnologias sociais. Ao apresentar a ferramenta AMI, a intenção é de que todas essas questões sejam consideradas em projetos que beneficiariam grupos vulnerabilizados. Investir em maior acessibilidade das intervenções psicossociais é um dos compromissos deste capítulo, mas com a condicionalidade de que sejam criticamente pensadas à luz da realidade brasileira e suas especificidades.

## **Considerações finais**

O objetivo desta pesquisa consistiu no levantamento de dados sobre o procedimento de desenvolver intervenção para prevenção em violência no namoro, em contexto brasileiro. Acredita-se que as experiências dos pesquisadores podem poupar tempo e recursos de novos interessados em realizar este tipo de iniciativa demonstrando os caminhos mais efetivos a serem seguidos. Busca-se com esse capítulo divulgar a abordagem de mapeamento de intervenções como uma ferramenta de planejamento de intervenções de qualidade. Esperamos que essa leitura seja útil à robustez metodológica requerida ao desenvolvimento de intervenções, seja no campo na Violência no Namoro, seja em tantos outros campos psicossociais que clamam por transformações.

## REFERÊNCIAS

- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach* (Third edition). Jossy-Bass.
- Cecchetto, F., Oliveira, Q. B. M., Njaine, K., & Minayo, M. C. de S. (2016). Violências percebidas por homens adolescentes na interação afetivo-sexual em dez cidades Brasileiras. *Interface: Communication, Health, Education*, 20(59), 853–864. <https://doi:10.1590/1807-57622015.0082>.
- Diniz, G. R. S., & Alves, C. O. (2015). Gênero e violência no namoro. In S. G. Murta, J. S. N. F Bucher-Maluschke, & G. R. S. Diniz (Eds.). *Violência no namoro: Estudos, prevenções e psicoterapia* (pp 19-42). Appris.
- Finlayson, M., Cattaneo, D., Cameron, M., Coote, S., Matsuda, P. N., Peterson, E., & Sosnoff, J. J. (2014). Applying the RE-AIM framework to inform the development of a multiple sclerosis falls-prevention intervention. *International Journal of MS Care*, 16(4), 192–197. <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2014-055>
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269.
- Jouriles, E. N., Choi, H. J., Rancher, C., & Temple, J. R. (2017). Teen dating violence: Victimization, trauma symptoms, and revictimization in early adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 115–119. <https://doi:10.1016/j.jadohealth.2017.01.020>
- Kok, G. (2014). A practical guide to effective behavior change: How to apply theory– and evidence-based behavior change methods in an intervention. *The European Health Psychologist*, 16(5), 156-170.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Panne, R., & Smerecnik, C. (2012). Methods for environmental change: An exploratory study. *BMC Public Health*, 12, 1037. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1037>. doi:10.1186/1471-2458-12-1037.

Kok, G., Peters, L. W. H., & Ruiter, R. A. C. (2017). *Planning theory– and evidence-based behavior change interventions : A conceptual review of the intervention mapping protocol*. <https://doi.org/10.1186/s41155-017-0072-x>

Koker, P., Mathews, C., Zuch, M., Bastien, S., & Mason-Jones, A. J. (2014). A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. *Journal of Adolescent Health, 54*(1), 3–13. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.08.008>

Leen, E., Sorbring, E., Mawer, M., Holdsworth, E., Helsing, B., & Bowen, E. (2013). Prevalence, dynamic risk factors and the efficacy of primary interventions for adolescent dating violence: An international review. *Aggression and Violent Behavior, 18*(1), 159–174. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.015>

Meneghel, S. N. & Portella, A. P. (2017). Feminicídio: Conceitos, tipos e cenários. *Ciência & Saúde Coletiva, 22*(9), 3077-3086

Minayo, M. C. S. (org.). (2001). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Vozes.

Moore, G., Audrey, S., Barker, M., Lyndal, B., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2013). *Process evaluation of complex interventions*. UK Medical Research Council (MRC) guidance, UK Medical Research Council.

Muñoz-Fernández, N., Ortega-Rivera, J., Nocetini, A., Menesine, E., & Sánchez-Jiménez. (2019). The efficacy of the “Dat-e Adolescence” prevention program in the reduction of dating violence and bullying. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(3), 1-21.

Murta, S. G., Moore, R. A., Miranda, A. A. V., Cangussú, E. D. A., Santos, K. B., Bezerra, K. L. T., & Veras, L. G. (2016). Efeitos de um Programa de Prevenção à Violência no Namoro. *Psico-USF, 21*(2), 381–393. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210214>

Murta, S. G., Santos, B. R. P., Martins, C. P. S., & De Oliveira, B. (2013a). Prevenção primária à violência no namoro: Uma revisão de literatura. *Contextos Clínicos, 6*(2), 117–131. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.62.05>

Murta, S. G., Santos, B. R. P., Nobre, L. A., Araújo, I. F. de, Miranda, A. A. V., Rodrigues, Í. de O., & Franco, C. T. P. (2013b). Prevenção à violência no namoro e promoção de habilidades de vida em adolescentes. *Psicologia USP*, 24(2), 263–288. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200005>.

Murta, S. G. & Santos, K. B. (2015). Desenvolvimento de programas preventivos e de promoção de saúde mental. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.). *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 168-191). Sinopsys.

Oliveira, J. F. (2015). A Pós-Graduação e a pesquisa no Brasil: Processos de regulação e de reconfiguração da formação e da produção do trabalho acadêmico. *Práxis Educativa*, 10(2), 343–363. <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.10i2.0004>

Oliveira, M. S., & Sani, A. I. (2009). A intergeracionalidade da violência nas relações de namoro. *Revista Da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, 162–170. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1325/1/162-170\\_FCHS06-6.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1325/1/162-170_FCHS06-6.pdf)

Rizzo, C. J., Joppa, M., Barker, D., Collibee, C., Zlotnick, C., & Brown, L. K. (2018). Project Date SMART: A dating violence (DV) and sexual risk prevention program for adolescent girls with prior DV exposure, *Prevention Science*, 19, 416–426. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0871-z>

Rodrigues, I., & Barbieri, J. C. (2008). A emergência da tecnologia social: revisitando o movimento da tecnologia apropriada como estratégia de desenvolvimento sustentável. *Revista de Administração Pública*, 42(6), 1069-1094. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000600003>.

Santos, T. M (2019). *Prevenção à violência no namoro: Avaliação de necessidades e desenvolvimento de intervenções* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília). Repositório UnB. [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/35429/1/2019\\_TainahMariaSantos.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/35429/1/2019_TainahMariaSantos.pdf)

Santos, C. M. V., & Irineu, B. A. (2019). Violência contra mulheres e promoção de saúde mental na comunidade. *Revista do NUFEN*, 11(1), 232-245. <https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.nº01rex27>

Schaafsma, D., Stoffelen, J. M. T., Kok, G., & Curfs, L. M. G. (2013). Exploring the development of existing sex education programmes for people with intellectual disabilities: An intervention mapping approach. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 26(2), 157–166. <https://doi:10.1111/jar.12017>

Trentin, C.E. P. , Rocha, I. L., & Martins, M. (2018). O avanço da pesquisa científica e qualificação dos cientistas brasileiros, *Multi-Science Journal*, 11(10), 1-3. <http://dx.doi.org/10.33837/msj.v1i10.527>

Vinuto J. (2014) A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate em aberto. *Temáticas*, (44), 203-220. <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/download/2144/1637>

Agradecemos à Coordenação de Apoio à Pesquisa pelo financiamento da pesquisa através de bolsa de mestrado.

# TÉRMINO DE NAMOROS VIOLENTOS: uma análise qualitativa sobre como deixar relacionamentos abusivos

*Priscila de Oliveira Parada  
Sheila Giardini Murta  
Silvia Renata Lordello*

---

Como se libertar de um namoro violento? O que facilita ou dificulta este processo? O presente capítulo tem como objetivo apresentar os resultados de uma pesquisa que visou compreender, à luz do Modelo Transteórico de Mudanças, como as pessoas terminam namoros violentos, quais são as estratégias adotadas e quais são as barreiras ou facilitadores do término. Para tanto, são utilizados dados de entrevistas narrativas com sete participantes, majoritariamente do sexo feminino, com experiência de sair de relações abusivas. Implicações para a prática profissional são discutidas.

## **Relacionamentos Abusivos e o Modelo Transteórico de Mudanças**

As relações amorosas violentas apresentam elevado custo social e impactos individuais e familiares severos tanto nas vítimas como em outros membros da família, sobretudo nos filhos (Hatzenberger et al., 2010; Jung et al., 2019; Puccia, & Mamede, 2012; Schiff et al., 2014). O estudo sobre o término desse tipo de relação apresenta potencial de informar sobre maneiras de intervir, seja através de prevenção ou de tratamento. Embora o término da relação não deva ser visto como a única possibilidade de dar fim à violência, tampouco como sinônimo disso, ele consiste em alternativa viável e comum em sua superação.

Entre os referenciais teóricos utilizados no estudo do término de relacionamentos abusivos, o Modelo Transteórico de Mudanças (Prochaska et al., 1992) tem se apresentado como um caminho promissor. Esse modelo foi desenvolvido a partir de estudos para o abandono do cigarro por James Prochaska e Carlo Di Clemente, cujo interesse era de desenvolver um modelo integrativo dos vários sistemas teóricos da psicologia. Posteriormente, foi aplicado a outros contextos. O modelo prevê quatro dimensões que se mostraram relacionadas com o alcance de mudanças favoráveis: estágios de mudança, processos de mudança, balança decisória e autoeficácia (Prochaska et al., 1992).

Brown (1997) propôs pela primeira vez a aplicação desse modelo à superação da violência nos relacionamentos íntimos, apontando algumas particularidades de sua utilização que precisariam ser endereçadas na agenda de pesquisa futura: (a) O término não é o único caminho, pode haver outras formas de superação da violência dentro da própria relação. Como compreendê-las dentro do modelo?; (b) A relação não é só um contexto, mas o próprio foco da mudança no caso dos relacionamentos violentos. Como considerar essa dimensão que escapa à mudança individual?; (c) Quais as características dos estágios de mudança específicas para o fenômeno dos relacionamentos violentos?; (d) A necessidade de investigações sobre a aplicação das outras três dimensões do Modelo, além dos estágios: processos de mudança, balança decisória e autoeficácia, especialmente considerando a característica relacional.

Neste capítulo, o foco de análise recai sobre a primeira dimensão, que corresponde aos estágios de mudanças, que totalizam cinco: pré-contemplação; contemplação; preparação; ação; manutenção. A pré-contemplação é caracterizada pela falta de consciência ou pela consciência precária acerca da existência de um problema. A contemplação refere-se ao estágio no qual existe consciência sobre o problema. No entanto, as pessoas ainda não estão seriamente comprometidas em implementarem mudanças. Há consideração, de forma consistente, sobre a necessidade de resolução do problema, ainda que não haja mobilização suficiente para implementar mudanças. No estágio seguinte, o de preparação, começa a haver esforço de mobilização de ações rumo à mudança, o que pode ser observado através de tentativas de algumas mudanças que favoreçam a solução do problema ou ainda permitam atenuá-lo. O estágio de ação é o quarto e corresponde ao período em que se adotam efetivamente comportamentos distintos alcançando o critério estabelecido. O compromisso com a mudança e sua efetiva realização são a principal marca desse estágio. Por fim, o estágio de manutenção tem como tarefa prevenir as recaídas, estabilizar as mudanças e consolidar os ganhos alcançados durante o estágio de ação (Prochaska et al., 1992).

O modelo prevê a possibilidade de recaídas entre os estágios, o que não invalida o processo de mudança, ao contrário, as recaídas tornam-se parte dele uma vez que novos avanços rumo à mudança podem ser novamente iniciados, dessa vez com o aprendizado de experiências anteriores (Prochaska et al., 1992). Os autores propõem que um modelo espiral é o que melhor define o processo de mudança, ao invés de um modelo linear ou cíclico. Quatro padrões principais de mudança foram encontrados: o progressivo, em que as pessoas avançam de um estágio a outro sem recaídas; o reciclador, em que os indivíduos apresentam recaídas e reiniciam o processo adotando aprendizados dos ciclos anteriores; o estacionário, que compreende aquelas pessoas que

permanecem em um mesmo estágio, sem demonstrar avanços; e o cíclico, que alternam entre dois estágios, como se girassem em círculos, sem apresentar avanços (Prochaska et al., 1992). É admitida, ainda, a possibilidade de que algumas pessoas simplesmente saltem estágios, o que se observa em casos concretos, embora os autores não cheguem a teorizar sobre isso.

Enquanto os estágios de mudança tratam de quando a mudança acontece, os processos de mudança referem-se a como ela ocorre e representam a segunda dimensão do Modelo Transteórico. Foram descritos dez processos distintos após alguns anos de pesquisa: aumento de consciência, autorreavaliação, autoliberação, contracondicionamento, controle de estímulos, manejo de reforços, relações de ajuda, alívio dramático, reavaliação do ambiente e liberação social (Prochaska et al., 1988).

A terceira dimensão do Modelo Transteórico é a balança decisória. A análise fatorial de Prochaska et al. (1994) apontou para a existência de apenas dois fatores importantes nesse contexto: prós e contras. Houve três padrões encontrados ao longo da análise de dados advindos da aplicação do modelo a 12 problemas distintos. Para todos os problemas, na pré-contemplação os contras superam os prós. Entre os estágios de pré-contemplação e de contemplação ocorre o aumento dos prós e não necessariamente há diminuição dos contras. No estágio de ação, os prós superam os contras para todos os problemas estudados, sendo que o ponto em que essa relação se dá ocorre nas fases de contemplação ou de preparação (Prochaska et al., 1994). Por fim, a quarta dimensão do modelo, a autoeficácia, conceito que se refere ao quanto uma pessoa se avalia capaz de chegar a um fim, relaciona-se com a capacidade de prevenir recaídas e adotar estratégias para tanto (DiClemente, 1981).

Alguns estudos se debruçaram sobre a aplicação desse modelo ao término de relacionamentos violentos nas últimas décadas (Keeling et al., 2016; Murta et al., 2014), assim como a relação entre variáveis que favoreçam término e os estágios do modelo (Shorey et al., 2013; Zapor et al., 2018). As características dos estágios de mudança do Modelo aplicado à violência por parceiro íntimo foram exploradas, tendo-se encontrado correspondência com os estágios descritos por Prochaska et al. (1992). As especificidades relativas à dimensão da relação na aplicação do modelo, no entanto, foram somente tangenciadas nesses estudos.

Diante da persistência de lacunas na aplicação do Modelo Transteórico e com base em seu potencial de subsidiar intervenções, o estudo, objeto deste capítulo, buscou descrever a maneira como as pessoas vivenciam cada estágio de mudança, examinar as estratégias adotadas para transitar entre os estágios, e identificar barreiras e facilitadores para o avanço entre eles.



## Proposta de Investigação do Modelo Transteórico de Mudanças sobre Relacionamentos Abusivos na Fase de Namoro

Para atender aos objetivos do estudo, foram recrutados potenciais participantes por e-mails e mensagens via aplicativo de celular com a descrição do perfil de interesse: pessoas que já tivessem terminado relacionamentos de namoro violentos. O critério para definir relação de namoro limitou-se à identificação dessa condição pela(o) própria(o) participante. Sete pessoas participaram da pesquisa (Tabela 1). Dado que a quase totalidade de participantes eram do sexo feminino, neste texto os participantes serão tratados pela terminação feminina da língua portuguesa (as participantes). Os nomes são fictícios.

**Tabela1** – Características sociodemográficas das participantes

| Nome    | Sexo | Idade | Orientação Sexual | Nível Educacional | Renda Mensal | Número Relações Violentas | Tempo desde término |
|---------|------|-------|-------------------|-------------------|--------------|---------------------------|---------------------|
| Marília | F    | 23    | Bissexual         | Sup. Inc.         | R\$ 3.000,00 | 2                         | 2 m.                |
| Isabel  | F    | 22    | Hetero            | Sup. Inc.         | Sem renda    | 1                         | 3 a.                |
| Júlia   | F    | 25    | Hetero            | Sup. Inc.         | Sem renda    | 4                         | 5 a.                |
| Inês    | F    | 29    | Hetero            | Pós-Graduação     | R\$ 3.000,00 | 4                         | 1 m.                |
| Bárbara | F    | 25    | Hetero            | Superior          | Sem renda    | 3                         | 3 a.                |
| Gabriel | M    | 25    | Hetero            | Superior          | R\$ 1.000,00 | 1                         | 6 m.                |
| Carla   | F    | 18    | Bissexual         | Sup. Inc.         | Sem renda    | 1                         | 6 m.                |

Para a coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado para a condução de entrevistas narrativas, realizadas em cinco fases: preparação, iniciação, narração central, fase de perguntas e encerramento, tal como proposto por Jovchelovitch e Bauer (2000). A fase de preparação (fase 1) se deu antes da entrevista e consistiu no contato prolongado com o campo. Essa fase ocorreu em um serviço psicossocial de assessoramento no qual são atendidos casais e ex-casais que estão envolvidos em processos de violência doméstica contra a mulher, no qual a primeira autora atua. O contato cotidiano com o campo permitiu maior profundidade na compreensão do fenômeno. Na iniciação (fase 2), primeiro momento da entrevista propriamente dita, explicou-se o procedimento da entrevista narrativa (Jovchelovitch & Bauer, 2000) e as participantes foram convidadas a fazer uma linha do tempo com todos os relacionamentos de namoro ou outros relacionamentos íntimos considerados significativos. Em seguida, se lhes pediu que contassem de forma resumida a história desses relacionamentos e, a partir daí, que identificassem em qual ou em quais relacionamentos houve experiência de violência. Na sequência,

solicitou-se às participantes que construíssem nova linha do tempo com um recorte que abarcasse o relacionamento violento mais significativo e uma outra relação que o sucedeu, fosse violenta ou não violenta.

Na fase seguinte, narração central (fase 3), as participantes foram solicitadas a contar a história do primeiro relacionamento, a história do período entre eles e a história do segundo relacionamento. Nessa fase, busca-se o relato livre, sem interrupções, com recursos de linguagem que apenas encorajam a fala. A quarta fase, a de questionamentos (fase 4), quando esclarecimentos que não tenham sido abordados na narração central são solicitados, iniciou-se quando a participante concluía seu relato espontâneo. Por fim, na fala conclusiva (fase 5), perguntas do tipo “por quê” foram feitas (Jovchelovitch & Bauer, 2000).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (CAAE 57966016.0.0000.5558). Após a coleta dos dados, as análises foram realizadas em duas fases, por meio de análise temática (Braun & Clarke, 2006). Na primeira fase, adotaram-se os estágios do Modelo Transteórico de Mudanças (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção) para compreensão da maneira e estratégias de mudança ao longo do tempo. Na segunda fase, facilitadores e barreiras pessoais, relacionais e contextuais para a mudança foram identificados.

## **Estágios do Modelo Transteórico de Mudanças Expressos nas Narrativas**

### ***Pré-contemplação e contemplação***

Os dados apontaram para algumas peculiaridades na aplicação do Modelo aos relacionamentos violentos. Para os casos estudados, a violência teve início ainda nos primeiros meses de relacionamento. A referência ao terceiro mês foi uma característica comum às participantes, mesmo entre aquelas que não souberam precisar um episódio específico, mas que apontavam um período no qual as agressões haviam começado.

Entre o início da violência e a percepção da relação enquanto tal há um longo curso de tempo no qual as narrativas apresentam a existência de sofrimento e de percepção de desconforto, sem que a pessoa consiga nominar as emoções ou aumentar a consciência sobre o problema da violência. Esses sentimentos difusos são acompanhados por questionamentos constantes sobre a existência de agressões e práticas abusivas no relacionamento. No entanto, à essa percepção seguem-se minimizações ou negações do que se está

questionando através da autoculpabilização pelos problemas, da atribuição do sofrimento a outras causas, da desqualificação dos próprios sentimentos e percepções ou do peso dado às qualidades do parceiro. Em suma, há um incômodo difuso acerca da relação, todavia, tal incômodo não é nomeado. O relato de Marília (nome fictício) evidencia isto:

*Marília: “[Sobre a primeira relação violenta] Eu percebia que tinha sido um relacionamento ruim, mas só depois que eu fui perceber as violências”. [Sobre a segunda relação violenta]: “Quando eu estava com ele, antes de trabalhar com relacionamentos violentos, eu percebia coisas que eu pensava ‘nossa, eu acho que eu to num relacionamento abusivo’. Mas aí eu pensava assim ‘Não, não deve ser, porque eu to deprimida, eu to...’ aquele gaslighging ‘eu devo estar louca, sei lá’. [...] eu perguntava isso, mas sempre me calava: ‘Não, não é isso...’”.*

Esses questionamentos sobre a própria relação ganham força em circunstâncias distintas para cada participante, apresentando, no entanto, pontos comuns. Algum tipo de mudança no contexto ou na relação favoreceu o avanço entre pré-contemplação e contemplação. Mudanças contextuais incluíram ter acesso a novas visões de mundo (pela entrada na universidade, início de novo trabalho), conhecer novos modelos de relacionamento, receber apoio de forma empática que ajudasse na validação da percepção dos abusos, ouvir de amigas(os) do parceiro que ele estava sendo abusivo. As mudanças ocorridas na relação que favoreceram o avanço da pré-contemplação para a contemplação foram a ocorrência de episódio de violência mais grave ou mais explícito e a diminuição dos aspectos positivos do relacionamento. Entre as estratégias adotadas de forma ativa observaram-se buscar apoio profissional para o sofrimento vivenciado (ainda que ele não fosse atribuído ao relacionamento), conversar sobre a relação com pessoas da rede pessoal de apoio e buscar informações sobre relacionamentos e violência. A partir disso, as percepções que anteriormente eram difusas e marcadas pela negação e minimização, passam a ser validadas, assim como os sentimentos relativos ao namoro: momento em que tem início o estágio de contemplação.

*Carla: “Aí eu fui vendo as situações de ciúmes, foi nesse período que eu também entrei na Universidade e minha cabeça foi abrindo, foi se expandindo e aí eu comecei a perceber que algumas coisas erradas estavam acontecendo, que ele sempre falava quando a gente saía: ‘Nossa, tem um homem te olhando’, [...] [quando um homem a abordou] ao invés de ele enfrentar aquela situação e falar, ‘o que é que está acontecendo*

*aqui?’, ele já veio me culpabilizar: ‘Por quê que você deu espaço pra essa pessoa?’. Outra situação, também, foi a partir do momento que eu assumi meu cabelo, antigamente eu alisava meu cabelo, não assumia meu cabelo afro, e eu vi que pra ele foi uma coisa, assim, muito estrondosa, ele mesmo não elogiava e começou a ficar totalmente a parte, e eu falei: ‘eu não quero mais isso pra minha vida’”.*

O estágio de contemplação mostrou-se curto nos casos estudados, sendo seguido de forma muito breve, em questão de poucos dias, pelas tentativas de mudança características do estágio de preparação. Em um caso (Júlia), ainda, houve padrão cíclico, em que a participante permanece longo período entre avanços e recaídas entre pré-contemplação e contemplação até conseguir avançar, o que ocorreu já próximo ao fim do relacionamento.

As narrativas sugerem que, no caso dos relacionamentos violentos, a pré-contemplação não é caracterizada pela absoluta falta de percepção da existência de um problema. O que ocorre é a existência de percepções pouco claras sobre a violência, que não são validadas pela própria pessoa. Há, ainda, sofrimento que, no entanto, não é atribuído à relação. Essas, portanto, despontam como características importantes na descrição do estágio de pré-contemplação para os namoros violentos. Tais aspectos, no entanto, antes de discordâncias, consistem em especificidades da aplicação do Modelo Transteórico de Mudanças. A título de exemplo, o próprio conceito de balança decisória – terceira dimensão do modelo, que considera a maneira como a pessoa avalia as vantagens e as desvantagens da mudança – prevê, com base nos dados encontrados (Prochaska et al., 1994), a existência de prós e contras desde o primeiro estágio. Ou seja, a percepção de alguns aspectos que demandam a mudança está presente, embora, nesse momento, os contras tenham maior peso.

A contemplação, por sua vez, é caracterizada pela consolidação da percepção de que se está em uma relação violenta: as percepções difusas passam a ser validadas e o sofrimento é atribuído à violência e ao relacionamento. A pessoa passa a ser afirmativa no que está percebendo e a considerar a violência como um problema que precisa ser solucionado.

Esses resultados apontam a necessidade de que profissionais estejam atentos à dificuldade de nominar sentimentos, que normalmente se apresentam como desconfortos, percepções difusas de que há algo errado. Tal aspecto mostra-se promissor tanto ao atendimento de vítimas de violência, como nas intervenções psicoeducativas para pares e familiares. Ainda, o apoio para que a validação das próprias percepções ocorra mostra-se de grande importância, o que exige esforço cognitivo e, sobretudo, emocional e afetivo para as vítimas de violência pelo parceiro íntimo. O vínculo com o/a profissional, portanto, pode consistir em ferramenta necessária para o enfrentamento dessa fase.

## **Preparação**

Seguida à identificação consistente do problema da violência na relação, a preparação apresentou duas fases distintas: a preparação direcionada a mudanças na própria relação e a preparação para o término. As participantes fizeram tentativas de mudanças em algum grau antes de buscar o término, ainda que em alguns casos essas tentativas tenham durado curto período de tempo. Esse período variou de aproximadamente duas semanas a cerca de um ano e meio para as participantes. As estratégias para tanto incluíram: devolver as agressões na tentativa de enfrentar a violência; eliminar circunstâncias que se acreditava serem causa da violência (ex: álcool); agir de forma amorosa na expectativa de que o parceiro se sentisse seguro e deixasse de ser violento; conversar com o parceiro sobre a necessidade de mudanças; e ser assertiva.

*Inês: “Eu acho que é a bebida que transforma ele porque tudo que aconteceu com a gente foi com bebida. Então eu passei a tentar fazer programa sem bebida, só que ele passou a me xingar sem beber.” [...] “Eu sempre tentava me impor pra ver se ele parava com isso, né, porque até então eu tava muito quietinha, assustada”. [...] “Mostrar pra ele que ‘olha, eu to aqui com você pra o que você precisar de mim, não precisa... eu sei o que eu quero. A gente pode construir junto’, só que tudo o que eu fazia pra ele era pouco e eu sempre vivia com o nome de puta, pra ele era isso.”*

A decisão do término veio principalmente diante de duas condições: a primeira, quando o parceiro não foi responsivo, ignorando os esforços ou descumprindo os acordos; a segunda, quando, diante de resposta positiva, esta não tenha sido suficientemente satisfatória e, ao mesmo tempo, o sentimento pelo parceiro já se houvesse esvaído. Exemplos de estratégias adotadas para preparar o término incluíram: a preparação do parceiro para esse desfecho; tentar terminar, mas retomar; a saída do isolamento ou das restrições sociais que mantinham na relação através da busca de novos grupos de amizade e retomada dos grupos antigos; o fortalecimento emocional (através de terapia e outras práticas de autocuidado) para conseguir tomar a atitude de terminar; o abandono paulatino dos sentimentos que prendiam na relação e de coisas que remetiam a ela (inclusive objetos); a busca de tratamento para quadros associados à violência (depressão, insônia); e o estabelecimento de prazos ou contingências.

*Bárbara: Eu acho que foi um conjunto de decisões [que permitiram chegar ao término]. Primeiro a privação de sono. [...] eu não procurei resolver o problema que eu tava: a tristeza. Eu fui atrás do médico pra tentar dormir. Aí ele foi tentando conversar comigo... pediu pra eu relatar a situação. [...] “Tirar as coisas que me envolviam [...] até borrachinha que ele tinha me dado eu tirei, porque aquilo ali tava me remetendo muito àquela pessoa. Na hora que eu tirei aquilo da minha frente... parecia uma cortina, assim, ao meu redor... [...] na hora que eu fui tirando aquelas coisas parece que eu tava, assim, cavando um buraco e começando a ver a luz. [...]. Esvaziei meu apartamento e ele se encheu. Parece que entrou a vida, assim. Não tava falando com as minhas amigas. Eu tinha começado a falar com elas de novo. Tinha pesadelos horríveis que elas não iam querer falar comigo, mas elas foram me recebendo.”*

## **Ação**

O estágio de ação, pelo próprio viés de seleção dos participantes a partir do objetivo do estudo, foi caracterizado pela efetivação do término da relação. Términos cuja retomada ocorreu no mesmo dia ou poucos dias depois não foram considerados como parte do estágio de ação, mas sim de preparação. O término, no entanto, não caracterizou em todos os casos o fim da violência, que veio somente após o rompimento total do contato. Em dois casos esse rompimento coincidiu com o término, nos outros cinco, o rompimento total demandou de poucas semanas até seis meses. Em alguns casos, especialmente quando há muito medo ou a fragilidade emocional ainda é grande na vítima, esse rompimento veio a partir da ação dos pais ou de amigas, que foram assertivos com o ex-parceiro em relação a nunca mais procurá-la.

*Júlia: “minha mãe pegou uma champanhe que tinha lá em casa abrindo e disse ‘Julia, esse brinde é pra selar o término desse namoro, chega!’ Eu tremia de medo! [...] aí a gente brindou, compramos a passagem no dia seguinte de manhã pra eu passar dois meses em outra cidade porque estava nas férias. Minha mãe fez um acordo comigo que eu precisava me afastar dele, fosse o que fosse [...] troquei meu telefone quando voltei... isso, eu fui com o mesmo celular e aí ele mandava zilhões de mensagens, no começo era de te odeio de tudo quanto é jeito que você imaginar [...] aí ele começou a entrar em uma outra técnica que era eu te amo de todas as formas possíveis e imagináveis e depois a outra que ele mandava mensagens todos os dias contando da vida dele [...] quando meu celular tocava eu tremia. Me fazia mal, eu amava ele querendo ou não. [...] [após*

*episódio de perseguição] meu pai ligou [para a mãe dele] e falou assim 'seu filho continua fazendo isso, isso e isso. A gente foi na delegacia da mulher, já sabemos que a gente tem o direito de entrar com uma lei, agora, assim, no próximo passo que ele der em relação à minha filha, a gente entra. Seja de eu te amo ou eu te odeio, a gente vai entrar', e aí eu acho que aquilo foi o limite que os pais deram."*

Apenas uma das vítimas, Júlia, demonstrou ter tido acesso à informação da aplicabilidade da Lei Maria da Penha para sua situação. No entanto, a despeito das graves situações que havia vivenciado e da persistência de violências psicológicas mesmo após seis meses do término, ela relatou ter sido desencorajada a prestar ocorrência quando foi à delegacia, o que a motivou a pedir ajuda do pai, conforme trecho anterior.

## **Manutenção**

O período de manutenção teve como característica a permanência fora da relação. Foi também um período de expansão ou de retomada de experiências, vínculos e atividades. A característica central que permitiu a manutenção foi o fato de o período pós-término, a despeito do sentimento de amor pelo ex-parceiro, ter trazido mais felicidade, alívio, crescimento ou aspectos positivos à vida da pessoa.

*Gabriel: "Acho que foi insistência. Pensei: 'não, agora vou tomar um caminho diferente'. Todos os dias tentar fazer alguma coisa diferente. Terapia ajudou [...] Foi conturbado porque eu tinha que lutar comigo mesmo pra não procurar, fazer um esforço pra me manter naquele luto [...] Depois que eu aceitei isso, ok. Um, dois, três dias, três meses, seis meses e ok."*

*Isabel: "Eu comecei o grupo de dança, que foi até onde eu conheci o Fernando depois. Procurei meditação, procurei ioga, procurei, sabe, coisas, assim, que eram motivos pra eu fortalecer a mim mesma".*

*Marília: "Foi bem difícil, assim, esse período de término com ele porque eu gostava dele, e tudo, mas eu fui muito firme e fiquei muito bem depois. Começaram a acontecer coisas na minha vida. Foi logo quando eu entrei na universidade, recém entrada [...], fiz uma viagem com uns amigos meus... Foram coisas que foram me deixando viva, assim."*

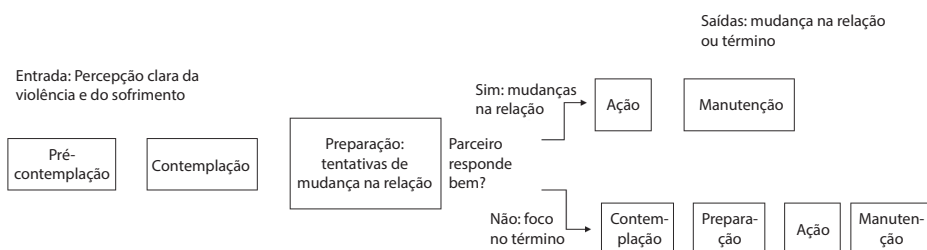
## Considerações Acerca das Narrativas Coletadas

Um primeiro aspecto que os dados evidenciam é que a aplicação do Modelo Transteórico de Mudanças não deve se restringir aos processos que apontam somente para a decisão de término e sua efetivação, mas devem contemplar todo o processo que tem início com a percepção da violência. Para os casos descritos, por exemplo, o período entre a decisão de terminar e o término efetivo durou menos de um quarto do tempo da relação. Sendo assim, pode-se analisar que a entrada no processo de superação da violência se dá através da percepção da relação como violenta de forma consistente. O desfecho a ser seguido ao longo desse processo – se através de término ou da mudança dentro da própria relação –, no entanto, dependerá de outros aspectos.

É nesse ponto que a dimensão relacional pode e deve aparecer de forma elucidativa. Por tratar-se de uma relação, a cada decisão e ação tomada por um, o outro também apresenta reações e decisões próprias, o que pode favorecer ou prejudicar o fim da violência seja qual for o desfecho adotado (término ou mudanças na própria relação).

Nessa pesquisa, em razão dos objetivos e da característica do recrutamento, todas as participantes seguiram pelo desfecho do término, motivo pelo qual não é possível aprofundar o outro desfecho. Diante do exposto, a Figura 1 apresenta uma proposta de aplicação do Modelo Transteórico de Mudanças que contemple as questões que estão postas na literatura científica no que tange à necessidade de incluir a dimensão da relação e de considerar outros desfechos além do término como alternativas ao fim da violência.

**Figura 1** – Proposta de aplicação do Modelo Transteórico de Mudanças à superação da violência



Com base nas narrativas coletadas e sistematizadas na Figura 1, o Modelo Transteórico de Mudanças para a superação de violência no namoro pode ser entendido da seguinte forma: 1) No primeiro momento, há percepções pouco claras sobre a existência dos problemas que não são validadas.



Há também sofrimento, mas ele não é atribuído à violência na relação; 2) Na contemplação, as percepções sobre a violência são validadas de forma clara e o sofrimento passa a ser atribuído à violência; 3) Há tentativas de mudar a relação, acabar com a violência; 4) A depender da resposta do parceiro, podem ocorrer dois desfechos: A) Se a resposta é positiva, a relação muda e deixa de ser abusiva (não foi foco do estudo) ou B) Se a resposta é negativa, tem início a preparação para o término. Nesse último caso, pode haver recaída para a contemplação, dessa vez com foco na constatação de que não há esforço da própria pessoa que possa trazer mudança à relação se o parceiro não responde a isso. 5) Na maior parte dos casos, no entanto, não houve recaída para a contemplação, observou-se uma segunda fase do estágio de preparação em que já não se busca mudar a relação, mas preparar o terreno para que o término seja possível. 6) O término propriamente dito ocorre, no entanto, o fim da violência se dá somente quando há rompimento total do contato, o que pode demandar ajuda de amigos, familiares ou do Estado. 7) A manutenção do término é favorecida pela sensação de alívio, por novos aprendizados e experiências e pelo esforço em manter-se distante a despeito da existência de amor.

### **Facilitadores e Barreiras nos Processos de Término de Namoro Violentos: Aspectos do Contexto, da Relação e Pessoais**

No avanço entre todos os estágios, aspectos da relação, do contexto e pessoais atuaram tanto como barreiras como facilitadores do processo de mudança. Os facilitadores foram descritos anteriormente, na medida em que incidiram sob o avanço entre os estágios de mudança, portanto, serão apenas resumidos nessa seção. As mudanças contextuais favorecedoras, em geral, proporcionaram ampliação de modelos de relacionamentos, acesso a novas ideias ou a informações sobre relações abusivas, o que impactou ou catalisou as estratégias que cada pessoa vinha adotando. Ter apoio social adequado foi um aspecto contextual fundamental para o avanço entre os estágios. Os fatores contextuais atuam em todos os momentos, mas mostraram-se especialmente importantes para o avanço nos estágios iniciais. Na esfera da relação, os facilitadores mais comuns foram a ocorrência de formas de violência mais explícitas ou mais severas e a falta de mudança por parte do parceiro. Na esfera pessoal, por sua vez, os facilitadores coincidiram com as estratégias adotadas para conseguir avançar no processo de término, entre elas, conversar com amigos sobre o assunto, buscar espaços de autocuidado, buscar informações, expandir os círculos sociais, buscar auxílio profissional, buscar

novas atividades, buscar apoio emocional após o término, manter distância do ex-parceiro, buscar novas atividades após o término ou retomar atividades que abandonara em razão da relação violenta.

Por outro lado, é importante analisar as barreiras enfrentadas. Na esfera do contexto, o isolamento social foi marcadamente o fator que consistiu na principal barreira, cerceando o acesso a vários processos de mudança. Tal condição decorreu da violência na relação, mas também de decisões motivadas pela vergonha ou por intervenções inadequadas das amigas. Vale mencionar o caso de Inês, cuja rede de apoio contava com normas sociais culpabilizadoras da mulher em situação de violência e que acreditava que seria recriminada caso compartilhasse o que estava vivendo. Essa participante enfrentou todo o processo de mudança sem compartilhar o que estava sofrendo com ninguém, tendo contado sua história pela primeira vez no contexto dessa pesquisa. Outra barreira contextual digna de nota consistiu no estímulo da mãe para a retomada da relação, o que ocorreu em dois casos, Carla e Isabel, cujos namoros terminaram quando elas tinham 18 e 19 anos, respectivamente. Esse aspecto destaca a necessidade da sensibilização dos pais de adolescentes e jovens adultos acerca da violência no namoro.

As principais barreiras ao avanço rumo ao término na esfera da relação ocorreram quando se ponderava os aspectos positivos da relação ou quando o parceiro suscitava culpa. Nas relações em que a ponderação de aspectos positivos foi a barreira mais forte, observou-se a existência de padrão característico do Ciclo da Violência (Walker, 1979), em que seguido a um episódio de violência mais explícita, ocorre período de compensação pela ofensa, com promessas de mudança (chamado Lua de Mel) e mimos, seguido de novo período de aumento da tensão que culmina em nova agressão. Sobre suscitar culpa, essa foi uma forma de violência psicológica grave que teve como efeito prolongar a relação. Consistiu em eliciar culpa e cobrar dívida, que deveria ser paga com a leniência diante das agressões ou com a permanência na relação, por cuidados oferecidos ou por faltas cometidas anteriormente (como traição, por exemplo, ainda que posteriormente se descobrisse que o parceiro também havia traído).

Por fim, na dimensão pessoal, a principal barreira encontrada referiu-se a uma barreira desenvolvimental. As dificuldades intrínsecas ao período de adolescência, seja no que tange à escassez de habilidades diante da falta de experiências ou no amadurecimento emocional que permita acessar sentimentos, compreendê-los e lidar com eles. Isabel, por exemplo, relata que o fato de não saber como terminar fez com que a relação se estendesse por alguns meses a mais. Ela não conseguia dizer ao namorado o que queria, sentindo-se travada diante do namorado, que tinha 21 anos quando ela contava com 15. Carla tinha dificuldade em entender o que sentia pelo namorado. Embora

achasse que já não o amava, sentia-se animada com as experiências diferentes que ele lhe proporcionava por ser 10 anos mais velho que ela. Para além da barreira desenvolvimental, lidar com os sentimentos (medo, tristeza, saudade, culpa) e compreender que a empatia não pode gerar leniência foi um aspecto que precisou ser ultrapassado pelas participantes.

A adolescência como vulnerabilidade apresenta, além da barreira desenvolvimental pertencente à esfera pessoal, alguns pontos como barreira do contexto e da relação. Como exemplo, há o apoio dos pais para a permanência na relação nos casos de Carla e Isabel. Na leitura delas, isso se deveu ao receio das filhas passarem a ter mais liberdade com o término, acrescido dos pais considerarem os ex-namorados bons companheiros para suas filhas. Isso evidenciava o desconhecimento do que ocorria na relação das filhas e a naturalização da violência psicológica, que considerava natural o ciúme, o controle e a restrição da liberdade. Além de estarem ancoradas na percepção negativa de um dos principais aspectos das fases de adolescente e jovem adulto – um período de descobertas – deve-se frisar as questões de gênero no que se refere à restrição da liberdade. Ademais, não se pode desconsiderar o contexto de violência urbana nesse posicionamento.

No que se refere à fase de adolescência compreendida na esfera da relação, destaca-se a diferença de fase de desenvolvimento entre os parceiros. Nos casos mencionados de Carla e Isabel, a discrepância colocava o namorado, já um jovem adulto, em fase distinta do desenvolvimento e com condições absolutamente desiguais de ascendência sobre as participantes, constituindo-se em agravante da violência. Vale enfatizar essa como uma barreira relacional (e não pessoal) uma vez que tal assimetria traz a tônica da responsabilidade para o adulto e não para a adolescente. Cabia aos adultos terem consciência das lacunas desenvolvimentais entre eles, respeitando o momento de vida das parceiras, ao invés de se utilizarem dessa como uma vantagem na relação.

## **Incidência de Aspectos da Cultura no Processo de Término: Gênero e Raça**

Sobre as questões de gênero nos processos de término, as mulheres se depararam com barreiras que não apareceram no relato do participante homem: pessoas da rede de suporte contrárias ao fim da relação, que colocavam em cheque suas percepções ou as culpabilizavam por viverem violência, e rompimentos de amizades por não conseguir terminar o namoro. Inês, por exemplo, tinha suas percepções frequentemente desqualificadas por amigos e amigas do ex-companheiro. Júlia ficou socialmente isolada porque suas amigas abordavam-na de forma acusatória por não conseguir terminar a relação.

Gabriel, por sua vez, descreveu sua rede de amizades como propícia ao avanço rumo ao término, tendo sido alertado sobretudo pelos amigos sobre os problemas da relação em momentos distintos. As mulheres, à exceção de Inês, também contaram com pessoas que favoreceram o término em suas relações de suporte. No entanto, a ambiguidade de mensagens foi uma característica importante do contexto social próximo a elas, o que retardou o avanço em direção ao término do namoro. Tais considerações ilustram como a existência de crenças culpabilizadoras da mulher – uma forte característica da cultura machista – atua como barreira ao avanço entre os estágios. Ainda que muitas pessoas contem com suporte adequado, a ambiguidade de normas sociais acaba por acentuar a ambivalência que já caracteriza esse momento. Ademais, as mulheres foram por vezes interpeladas com recomendações sobre formas de melhorar o relacionamento, o que não ocorreu no caso de Gabriel, cuja rede de suporte era marcadamente favorável ao fim da relação. Ainda sobre as questões de gênero, vale ressaltar que as características do relacionamento do participante homem tinham diferenças qualitativas importantes em relação às participantes mulheres, especialmente no que se refere às questões de saúde mental da parceira e à dinâmica da reciprocidade das agressões.

No que concerne aos aspectos de raça, tanto Inês como Carla descreveram situações em que foram recriminadas por seus parceiros por assumirem aspectos de sua identidade negra. Embora a vivência desse aspecto da violência racial seja identificada pelas duas, Carla estava imersa em contexto que lhe oferecia suporte e validação quanto às suas percepções sobre as desigualdades nas relações raciais, o que favoreceu a identificação dos episódios violentos, permitindo avanço entre pré-contemplação e contemplação. No caso de Inês, esse não foi um facilitador, ainda que, após o término, ela fosse capaz de identificar essa forma de violência. Cabe ressaltar, ainda, que Inês foi a participante que teve mais restrição de relações de apoio para todo o processo. Isso, sobretudo pela vergonha baseada na reprovação que sua rede de apoio direcionava a mulheres que sofriam violência, depreciando-as como “vagabundas”. Embora não tenha havido relação explícita na narrativa dela entre raça e a escassez de apoio, essa relação merece mais atenção e estudos futuros que permitam compreender a dinâmica entre esses pontos.

## **Considerações Finais**

Esse trabalho traz duas contribuições principais. Uma é relativa à caracterização da aplicação do Modelo Transteórico de Mudanças à superação da violência em um relacionamento. A outra é concernente às estratégias, características do contexto e da relação que atuam como facilitadores ou barreiras.

Ambas as contribuições apontam para boas perspectivas de aplicação na prática profissional. A caracterização de cada estágio de mudança é um primeiro passo para que intervenções customizadas a cada fase sejam desenvolvidas, aumentando a chance de efetividade (Prochaska et al., 1992).

Algumas limitações precisam ser declaradas, como o recorte retrospectivo no qual os dados foram acessados a partir da retomada de experiências passadas. Outra limitação diz respeito às características da amostra, que não contou com variabilidade de renda e cujas relações foram todas heterossexuais (mesmo que haja participantes com orientação bissexual). Esses aspectos têm sido apontados na literatura como mediadores importantes das experiências de violência, com maiores prejuízos para mulheres negras e pobres (Romio, 2013). Algumas das barreiras enfrentadas por pessoas nessas condições, especialmente aquelas impostas pela renda e pela variedade restrita de espaços sociais a que têm acesso, não fazem parte das experiências das participantes desse estudo, cuja origem social é de classe média ou média baixa e o nível educacional é alto.

Ainda, duas das dimensões, a balança decisória e a autoeficácia, foram apenas tangenciadas nesse estudo e precisam ser melhor compreendidas no que diz respeito ao fim da vivência de violência em uma relação. Segue emergente, também, a necessidade de validação quantitativa dessa proposta de aplicação, assim como a produção de instrumentos que permitam avaliar as dimensões do Modelo Transteórico de Mudanças para essa questão. Sobre outras saídas possíveis para a violência, aplicações do Modelo ao processo de deixar de perpetrar violência contra parceiro íntimo, ainda, parecem promissoras. Investigações futuras poderão trazer contribuições relevantes a esse que segue sendo um desafio profundo. Por fim, os dados também apontam para grande potencial de utilidade de intervenções preventivas direcionadas aos pares como suporte ao término de relacionamentos violentos. Pesquisas que desenvolvam e testem métodos e técnicas favorecedoras de oferta e busca de ajuda, a exemplo de Santos e Murta (2019), são indicadas para aprimoramento do campo.

## REFERÊNCIAS

- Alexander, P. C. Tracy, A., Radek, M., & Koverola, C. (2009). Predicting stages of change in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 1672-1772. <https://doi.org/10.1177/0886260509331494>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2) 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brown, J. (1997). Working toward freedom from violence: the process of change in battered women. *Violence Against Women*, 3(1) 5-26. <https://doi.org/10.1177/1077801297003001002>
- DiClemente, C. C. (1981). Self-efficacy and smoke cessation maintenance: a preliminary report. *Cognitive Therapy and research*, 5 175-187.
- Hatzenberger, R., Lima, A. P. V.L., Lobo, B., Leite, L., & Kristensen, C.H (2010). Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo. *Ciências & Cognição*, 15(2) 094-110.
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M.W. (2000). Entrevista narrativa. In M.W. Bauer, & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa Qualitativa com Texto Imagem e Som* (pp. 90-113). Vozes.
- Jung, H., Herrenkhol, T. I., Skinner, M. L., Lee, J.O., Klika, J. B., & Rousson, A. N. (2019). Gender differences in intimate partner violence: A predictive analysis of IPV by child abuse and domestic violence exposure during early childhood. *Violence Against Women*, 25(8), 903-924. <https://doi.org/10.1177/1077801218796329>
- Keeling, J., Smith, D., & Fisher, C. (2016). A qualitative study exploring midlife women's stages of change from domestic violence towards freedom. *BMC Women's Health*, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0291-9>
- Murta, S. G., Ramos, C. E. P. L., Cangussú, E. D. A., Tavares, T. N. G., & Costa, M. S. F. (2014). Desenvolvimento de um website para prevenção à violência no namoro, abandono de relações íntimas abusivas e apoio aos pares. *Contextos Clínicos*, 7(2), 118-132. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.72.01>

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J.C. (1992). in search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/10248-026>

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4) 520-528. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.4.520>

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 3(1), 39-46. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.13.1.39>

Puccia, M. I. R., & Mamede, M. V. (2012). Revisão integrativa sobre a violência por parceiro íntimo na gestação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 4(4), 944-56. <https://doi.org/10.5216/ree.v14i4.16039>

Romio, J. A.F. (2013). A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. In M.M. Marcondes, L. Pinheiro, C. Queiroz, A. C. Quirino, & D. Valverde (Eds.), *Dossiê mulheres negras. Retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil* (pp. 133-158). IPEA.

Santos, K. B., & Murta, S. G. (2019). Peers as agents of dating violence prevention: feasibility analysis of an intervention. *Temas em Psicologia*, 27, 631-646. <https://doi.org/10.9788/TP2019.3-03>

Schiff, M., Plotnikova, M., Dingle, K., Williams, G.M., Najman, J., & Clavarino, A. (2014). Does adolescent's exposure to parental intimate partner conflict and violence predict psychological distress and substance use in young adulthood? A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 38(12), 1945-1954. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.001>

Shorey, R. C., Tirone, V., Nathanson, A. M., Handsel, V. A. & Rhatigan, D. L. (2013). A preliminary investigation of the influence of subjective norms and relationship commitment on stages of change in female intimate partner violence victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(3), 621-642. <https://doi.org/10.1177/0886260512455520>

---

Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. HarperPerenni

Zapor, H., Wolford-Clevenger, C., & Johnson, D.M. (2018). The association between social support and stages of change in survivors of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(7),1051-1070. <https://doi.org/10.1177/0886260515614282>





# ATENÇÃO AO ADOLESCENTE/ JOVEM ADULTO QUE COMETEU OFENSA SEXUAL: um problema complexo e interdisciplinar

*Andrea Schettino Tavares*

*Cássio Bravin Setubal*

*Neulabihan Mesquita e Silva Montenegro*

*Denise Lima Moreira*

*Liana Fortunato Costa*

---

Este texto pretende contribuir para uma questão atual que é a apreensão de adolescentes/jovens adultos, entre 16 e 21 anos, que cometeram ofensa sexual contra crianças e/ou adolescentes. Este período de cometimento da ofensa, e consequente inserção no sistema socioeducativo ou jurídico, representa uma questão bastante complexa, pois este adolescente poderá estar inicialmente sob a égide do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), e se não forem tomadas as medidas de proteção e responsabilização cabíveis, muito rapidamente estará sob a égide do Código Penal (CP) (Brasil, 1940). Trata-se de situação sensível e preocupante, porque os estudos mais atuais mostram que entre o cometimento, a revelação e a publicização da ofensa sexual há um período de dois a três anos, fazendo com que este adolescente seja encaminhado ao sistema jurídico exatamente na faixa limítrofe de idade entre possível responsabilização e proteção (ECA) e punição (CP) (Bastos & Costa, no prelo; Marra & Costa, 2018). Importante apontar que as considerações traçadas a seguir provêm de observações e pesquisas realizadas no contexto do Distrito Federal e referentes a uma determinada população em situação de vulnerabilidade, e que está mais propensa a entrar em contato com o sistema sociojurídico de modo prematuro, em função da existência de diversas limitações de acesso a direitos sociais, desde muito cedo em sua vida (Costa et al., 2015; Penso et al., 2013).

Publicações estrangeiras já vêm evidenciando estudos e preocupação maior especificamente com este tema, e oferecendo sugestões e propostas de atenção e ação junto a essa faixa etária (Eastman et al., 2019; Musicaro et al., 2017; Sandvik et al., 2017; Schwab-Reese et al., 2018). Em nosso país, muito recentemente foi possível olhar com mais vagar os aspectos de vulnerabilidades que permeiam a vida destes sujeitos, mesmo que ainda em tenra idade (Bartijotto et al., 2016; Costa et al., 2017; Diniz et al., 2017; Tavares, 2020).

Várias são as razões pelas quais se deve focar essa faixa etária de forma particularizada, buscando compreender as conexões das vulnerabilidades acumuladas e concomitantes (Eastman et al., 2019). O reconhecimento da adolescência como uma fase do processo do desenvolvimento humano indica que também se dê atenção específica às ações que caracterizam este momento de vida (Andolfi & Mascellani, 2012; Finkelhor et al., 2011). Este adolescente provavelmente já recebeu medidas protetivas que foram ineficazes ou não foram cumpridas, e se ele está sob custódia no momento, é sinal da presença de negligência como integrante de sua trajetória de vida (Jacobina & Costa, 2010; Souza & Costa, 2013). O reconhecimento da adolescência como uma fase do processo do desenvolvimento humano indica que também se dê atenção específica às ações que caracterizam este momento de vida (Andolfi & Mascellani, 2012; Finkelhor et al., 2011). Muitos destes adolescentes já vivenciam vínculos familiares fragilizados, encontram-se fora de seus lares, residindo com família extensa, e com grande alternância de locais de moradia e de cuidador de referência, muitos deles já acolhidos institucionalmente em tempo integral ou parcial. Estas condições de sobrevivência acabam por criar uma situação de não pertencimento a algum espaço afetivo, bem como menor acesso às instituições de serviços de saúde e de proteção. Este conjunto de eventos são sucessivos, e tornam estes jovens, nesta faixa etária, menos influenciados por seus pares, permanecendo isolados. Por outro lado, podem estar procurando geração de recurso financeiro tanto para a sobrevivência como para atenderem a necessidades imediatas como o uso de drogas, sendo atraídos para o contexto do tráfico. Ou, ainda, já envolvidos com exercício do papel paterno (Eastman, et al., 2019; Nogueira et al., 2020).

## **Os contextos de vulnerabilidades**

O enfoque nas vulnerabilidades considera a suscetibilidade dos sujeitos às impressões presentes nos contextos que os cercam. Compreende-se que a perspectiva de olhar para as vulnerabilidades apresenta vantagens para as políticas públicas ao focar ações que não estão voltadas unicamente para o risco de reincidência das violências. A partir da proposição de Finkelhor et al. (2011), sobre as vulnerabilidades presentes nos variados contextos nos quais os adolescentes transitam, procurou-se organizá-los considerando-se a realidade de famílias e adolescentes que ofenderam sexualmente (Tavares & Montenegro, 2019): pessoal (condições afetivas e psíquicas), familiar (interação, transgeracionalidade), social (relações comunitárias e institucionais, condições socioeconômicas) e sexual (acesso à educação sexual e informação).

Em relação ao contexto pessoal, as vulnerabilidades podem aumentar na medida da presença de polivitimização, escassez de trocas afetivas, baixa

escolaridade, diminuição da probabilidade de profissionalização e inserção no mercado de trabalho. A polivitimização se caracteriza pelo sofrimento de diversas violências ao longo da vida, violações de direitos, abandono, rompimentos emocionais, testemunho de violências e automutilação (Finkelhor et al., 2015), a partir de variadas fontes: da família, dos pais, dos parentes, dos amigos, da polícia, das instituições, da escola e da própria condição socioeconômica em que vivem (Spilsbury & Korbin, 2013). O adolescente com medo e vergonha, traça estratégias de isolamento, permanecendo sozinho em seu sofrimento, ainda mais se já foi vítima de ofensa sexual, vivendo consequências de um estigma social (Domingues & Costa, 2016).

No contexto familiar, considera-se a estrutura e a organização da família (Minuchin et al., 2009), os padrões interacionais violentos, a transgeracionalidade baseada em modelos violentos, que podem se constituir em potencial vulnerabilidade. Muitas reconfigurações familiares (descasamentos, recasamentos) e vivência de abandonos afetivos presentes em uma mesma geração ou em várias, ao longo do tempo, dificultam a identificação do adolescente com uma figura de afeto e autoridade, desfavorecendo o sentimento de pertencimento, e propiciando a falta de supervisão parental (Platt et al., 2018).

Sobre o contexto social, ressaltam-se as problemáticas da organização comunitária, as condições socioeconômicas, a rede de apoio pessoal e institucional e o possível envolvimento com o tráfico. Reconhece-se que a organização comunitária pode apresentar perigos de criminalidade convencional como assaltos, roubos, violência de rua, presença de gangues. O tráfico de droga, em especial, constitui um sistema que atrai ou seduz adolescentes e jovens oferecendo uma oportunidade para alcance de receita financeira imediata (mesmo que pequena ou instável), significado como trabalho (Costa & Barros, 2019), além de trazer o sentimento de pertencimento de um grupo, ainda que o preço possa ser alto. As condições de sobrevivência das famílias são de vulnerabilidade socioeconômica, baixa escolaridade, uso de programas governamentais de transferência de renda, empregos de baixa qualificação e remuneração, configurando uma exclusão social que está presente em todos os anos da vida desta faixa etária (Spilsbury & Korbin, 2013). Acresce-se o abandono escolar aumentando as dificuldades para a profissionalização e inserção no mercado de trabalho.

E, por fim, o contexto sexual enfoca as vulnerabilidades relativas à informação e educação sexual, sendo substituídas pelo acesso à pornografia, acrescido das violências sofridas, e experiências sexuais em contexto de risco. Finkelhor et al. (2015) consideram que a vitimização sexual tanto se dá pela própria experiência como também de forma indireta. O sofrimento advindo de uma ou de outra situação tem sua expressão independentemente de qual

tenha sido a participação do adolescente. A vitimização direta em situações de ofensa sexual, ou simplesmente presenciando relações sexuais de adultos, trazem consequências em sua expressão da sexualidade. Tem-se, então, um conjunto de violências que afetam o desenvolvimento da sexualidade: vivência de violências diversas, aprendizagem de interações familiares violentas, silêncio sobre o próprio sofrimento, e satisfação sexual mesclada de ofensa sexual (McCuish et al., 2015). As vulnerabilidades presentes em cada contexto são inter-relacionadas, e assim devem ser compreendidas, porque se complementam e se suplementam.

## **As condições agravantes do adolescente**

A compreensão que essa faixa etária ainda pertence ao processo longitudinal do desenvolvimento da pessoa humana, constituindo-se em etapa plena de mudanças, possui respaldo em autores da Psicologia (Carreteiro, 2010) e do Direito (Machado, 2003). Estas duas autoras reconhecem que a adolescência além de ser uma fase de desenvolvimento, também se constitui em um período no qual a proteção ao sujeito deva ser priorizada, bem como haver investimento das condições que promovam crescimento sadio e apoio social, além da preservação dos direitos humanos.

Em função das condições de vulnerabilidades acima apontadas, autores indicam que muitos destes adolescentes chegam a esta faixa de idade de 16/17 anos apresentando transtornos psíquicos graves (Eastman et al., 2019). Esta condição requer uma observação mais acurada, um acompanhamento mais prolongado e revela problemas de afetividade e sociabilidade inter-relacional, sendo que um evento do tipo agressivo sexual pode ser o desencadeador de um “pedido de socorro”. Por observação deve-se reconhecer a necessidade de uma avaliação psíquica envolvendo processos internos sobre afetividade, sociabilidade, capacidade de autocritica, além da organização familiar e do contato com os pares. Estudo com esta população foi realizado em Portugal com a utilização de um checklist de origem de língua inglesa que foi adaptado para o português, o ERASOR (Barroso & Manita, 2012), e este instrumento teve ainda um estudo exploratório (Domingues, 2016) realizado no Distrito Federal.

O ERASOR é um instrumento pouco conhecido no Brasil, mas que pode contribuir para um melhor atendimento aos adolescentes que cometem ofensa sexual, porque é possível por seu intermédio avaliar vulnerabilidades presentes na vida do adolescente, desejos sexuais e comportamentos inadequados, atos infracionais cometidos de natureza sexual ou não, o funcionamento psicossocial e seu contexto social e familiar (Domingues & Costa, 2016). A partir destas informações, pode-se estimar o risco de reincidência de uma

nova ofensa sexual e planejar mais adequadamente o atendimento a ser oferecido, auxiliando os profissionais a compreenderem o funcionamento do adolescente naquele momento, bem como a mobilização da rede de proteção devida. Deste modo, ainda é um recurso para discussão das vulnerabilidades dos adolescentes no âmbito da justiça juvenil.

O instrumento é preenchido pelos profissionais que lidam com o adolescente e deve ser completado ao longo do período de observação, podendo ser revisto a qualquer momento, em face de mudança em observação anterior. Estas observações são qualificadas como fatores estáveis, não passíveis de mudança, por ex. sexo ou idade das vítimas na época que ocorreu a ofensa; e fatores dinâmicos, passíveis de serem mudados, por ex. frequência à escola. São 25 itens listando fatores de risco avaliados como a) Presente; b) Provável/Parcialmente Presente, e c) Ausente ou Desconhecido. A avaliação diz respeito a todo o histórico de vida do adolescente. Os itens estão organizados em cinco categorias: 1) Interesses, atitudes e comportamentos sexuais; 2) Histórico de violências sexuais; 3) Funcionamento psicossocial; 4) Família/Funcionamento do ambiente; e 5) Intervenção (Barroso & Manita, 2012).

O preenchimento do ERASOR é processual, podendo ser retomado, durante o período de observação/atendimento terapêutico/intervenção psicossocial a qualquer momento. E a forma final dos itens observados e pontuados ocorre com a junção das observações realizadas por cada profissional individualmente, acrescida da discussão grupal de todos os profissionais sobre as observações.

A importância da avaliação para esta faixa etária também se justifica pela diferenciação que se faz necessária sobre condutas de violência sexual e de violência social praticadas simultaneamente (Penso et al., 2012). Esta diferenciação é importante porque características de dinâmicas familiares, de ambientação comunitária, e de transgeracionalidade têm expressão diferenciadas em adolescentes que cometeram ato infracional de natureza sexual e adolescentes que cometeram ato infracional de natureza social. Esta observação diz respeito ao nosso contexto social, porém foi observada e pesquisada também em contexto de língua inglesa (Butler & Seto, 2002), que anotou uma diversificação de atos infracionais levando o adolescente a ser visto como *sex only* (somente ato infracional de natureza sexual) ou *sex plus* (atos infracionais de ambas as naturezas).

Uma outra condição agravante se refere à vitimização deste adolescente tanto física como emocional e sexual, sendo que a sexual torna-se a mais delicada em função da manutenção de segredos e evitação de estigmas, em virtude de preconceitos de gênero comuns a sociedades machistas como a nossa (Nogueira et al., 2020; Zanello, 2018). Não necessariamente o menino que foi violentado sexualmente se tornará um ofensor sexual na fase adulta de sua vida, porém quanto mais essa experiência se estendeu, se agravou e

se manteve silenciada, maior possibilidade de instalação de traumas e grande sofrimento (Blom et al., 2014). A conexão entre vitimização em tenra idade e posteriores comportamentos socialmente problemáticos, ou existência de conflitos interacionais, tem sido bastante estudada (Finkelhor et al., 2011; Sandvik et al., 2017; Schwab-Reese et al., 2018).

Há uma dificuldade adicional que caracteriza o cometimento de atos infracionais neste período, a existência de negação da autoria de seu comportamento dificultando o processo de responsabilização. Assim, uma abordagem mais próxima ao sujeito, bem como mais compreensiva, pode facilitar o desencadear da percepção da gravidade de sua conduta e o reconhecimento do mal causado a um terceiro, no caso uma criança ou adolescente. Além disso, em função da descrição dos contextos exposta até este ponto, estes adolescentes possuem uma rede de apoio muito limitada, ainda mais se já se encontram em cumprimento de alguma medida socioeducativa de internação ou meia privação de liberdade (Brasil, 1990). Acresce-se a indefinição do regramento legal, questão da maior complexidade apontada desde o início deste texto.

O ECA (Brasil, 1990) dispõe sobre as medidas socioeducativas para o adolescente que cometeu um ato infracional, considerando a adoção da Doutrina de Proteção Integral – crianças e adolescentes são pessoas de direitos, são prioridade e estão em desenvolvimento. Assim, compreende-se o adolescente como pessoa em desenvolvimento, sendo necessário que o processo de responsabilização atente para essa particularidade (Saraiva, 2017). Ressalta-se que não há impunidade para os adolescentes, e sim inimputabilidade (Brasil, 1988). As medidas socioeducativas apresentam caráter sancionatório (sendo responsabilizado pelo ato cometido considerando sua fase de desenvolvimento), educativo (restabelecimento de relações sociais e interpessoais) e reparatório (reflexão interna do adolescente em relação ao ato cometido). Dessa forma, o ECA prioriza o aspecto da proteção e da educação para os adolescentes, além da garantia de direitos (Bastos & Costa, no prelo; Chaves & Costa, 2018).

Por outro lado, o Código Penal (Brasil, 1940) abrange os crimes cometidos por maiores de 18 anos, e considerando mais o aspecto punitivo e não o protetivo. Nesse cenário, encontram-se os jovens adultos que estão em um limbo em que, mesmo em uma fase crucial do desenvolvimento, serão responsabilizados como adultos, sem direito à proteção e vinculados ao sistema penal, não recebendo cuidados na aplicação de medidas de proteção, o que muitas vezes pode agravar o cometimento de outros atos transgressores, sem a reflexão e a compreensão sobre o ato cometido. Andrade e Machado (2017) apontam que o adolescente precisa ingressar no sistema de justiça como autor de ato infracional para que possa receber as recomendações do ECA (Brasil, 1990) quanto à proteção devida e o cumprimento de seus direitos.

Porém, após os 18 anos completos, esta condição se agrava ou finda, ainda sem proteção e a permanência dos direitos violados, considera-se apenas o viés da punição, sem receber a devida responsabilização pelo ato cometido.

## **As instituições participantes de uma ação psicossocial**

Primeiramente faz-se necessário definir qual é a concepção de ação psicossocial adotada para o trabalho com esse público, que se apresenta sem demanda específica para atendimento terapêutico, com necessidades que perpassam por diversas Políticas Públicas. Esta clientela é usuária de programas de transferência de renda, e depende intensamente de ações institucionais da assistência social e da justiça, e de serviços públicos. A intervenção psicossocial não é somente uma ação de cunho terapêutico que reúne Psicologia e Serviço Social. Trata-se de ação com objetivo muito bem definido e estruturado, com âmbito de associação a vários outros setores da sociedade que permita uma reorganização da situação problema, e considerando a cooperação de vários saberes profissionais (Costa & Penso, 2010).

Portanto, a composição da equipe participativa da ação reúne profissionais de forma interdisciplinar e intersetorial, articulando as áreas da saúde, da justiça, da assistência social, da educação, e do trabalho. Em termos práticos seriam as instituições públicas que viabilizam as ações das áreas: Equipes do Sistema Único de Saúde de atendimento às pessoas em situações de violência, Equipes do Sistema Socioeducativo, Varas de Justiça das Medidas Socioeducativas, Programa de Atenção à Violência, Vara da Infância por meio dos setores de atenção aos adolescentes autores de ato infracional, Conselho Tutelar (CT) e Ministério Público (MP). A ação conta com a presença das pessoas envolvidas direta ou indiretamente: o adolescente, os familiares, o psicólogo, o assistente social, o psiquiatra, o representante do MP, o representante justiça, o representante do Sistema Socioeducativo da unidade na qual o adolescente cumpre medida socioeducativa, o representante do CT. Este enfoque em vários profissionais representa a admissão da complexidade da ação e o reconhecimento de que o adolescente ainda precisa de proteção, mas precisa avançar no processo de responsabilização.

O ECA (Brasil, 1990) indica que as medidas socioeducativas sejam aplicadas com o intuito de responsabilizar o adolescente pelo ato infracional cometido, considerando sua condição de desenvolvimento. O Juiz da Infância e da Juventude pode designar uma medida socioeducativa ao adolescente entre 12 e 18 anos, podendo se estender até os 21 anos, caso o ato tenha sido cometido até os 18 anos incompletos. De acordo com o artigo 112 do ECA



(Brasil, 1990), as medidas socioeducativas são as seguintes: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade (PSC), liberdade assistida (LA), inserção em regime de semiliberdade, internação em estabelecimento educacional. Ou seja, a execução das medidas pode apresentar caráter imediato, em meio aberto ou em meio fechado, conforme a regulamentação disposta no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo ([SINASE] Brasil, 2012). Além dessas medidas, podem ser aplicadas as medidas de proteção conforme o artigo 101 do ECA. A Vara de Execução de Medidas Socioeducativas (VEMSE) é responsável por acompanhar e avaliar o resultado da execução das medidas. No Distrito Federal, o cumprimento da medida socioeducativa é efetivado nas unidades responsáveis pela execução: Unidades de Atendimento em Meio Aberto (UAMAs) (LA e PSC), Unidades de Atendimento em Semiliberdade e Unidades de Internação. Cada unidade deve contar com psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e outros profissionais (Brasil, 2012). Ressalta-se que a prioridade das medidas é o aspecto educativo e não o punitivo (Bastos & Costa, no prelo; Saraiva, 2017), cujo objetivo é a responsabilização, considerando as consequências do ato, a educação e a proteção, com integração social e garantia de direitos.

A fim de que a execução da medida seja efetiva, é importante que se desenvolva uma ação interdisciplinar com possibilidade de proteção, reflexão, integração e responsabilização para o adolescente. O SINASE (Brasil, 2012) estabelece os critérios relacionados à aplicação das medidas socioeducativas, a programas e políticas atendimento a adolescente em conflito com a lei. O artigo 8º ressalta que os atendimentos devem estar de acordo com o ECA e devem associar os segmentos da educação, saúde, assistência social, cultura, capacitação para o trabalho e esporte (Blackley & Bartels, 2018; Saraiva, 2017). Além da responsabilização jurídica, é importante que o adolescente receba atendimento que possibilite a reflexão sobre o ato cometido. O atendimento psicossocial é importante, pois deve ocorrer de forma interdisciplinar, com mais de um profissional, possibilitando diferentes olhares para as necessidades do adolescente (Bastos & Costa, no prelo; Brasil, 2012; Domingues & Costa, 2016; Saraiva, 2017). O adolescente deve receber uma responsabilização com educação significativa, ou seja, possibilitando o convívio social, atentando-se para as violações de direitos que sofreu e considerando a fase de desenvolvimento em que ele se encontra (Penso et al., 2018). Em pesquisa recente no Distrito Federal, Bastos e Costa (2020) apontam que entre 223 processos judiciais de adolescentes que cometeram ofensa sexual, a medida socioeducativa em meio aberto foi a mais aplicada. A aplicação desta medida, em detrimento de outras mais coercitivas e com

privação de liberdade, denota uma possibilidade de que as resoluções judiciais atualmente tendem a indicar uma direção de aplicação não somente de punição ou responsabilização, mas de caráter educativo também. Embora se saiba que a aplicação da justiça juvenil ainda se encontra longe do ideal de reconhecimento do adolescente como sujeito de direitos, já é possível se vislumbrar mudanças, na medida que os magistrados estão conseguindo olhar para o adolescente em seus contextos de pertencimento e da presença de vulnerabilidades nestes contextos.

### **A ação psicossocial: uma proposta possível?**

Neste ponto a pretensão é traçar um modo viável de atuar a ser implantado em uma instituição pública aos moldes do que já aconteceu (e permanece em funcionamento) com outros dois programas de atenção à violência sexual cometida por adultos e adolescentes (de 12 a 18 anos, conforme ECA). Esses modos já estão disponíveis para conhecimento em: Meneses et al. (2016) e Costa et al. (2011). Esta iniciativa foi ratificada por decisões políticas que incluíram as duas experiências como possibilidades de realização, e estão definidas em documentos oficiais (Brasil, 2013; Passarela et al., 2017). Estas publicações se constituem em incentivo e acenam para possibilidades de concretização de outras propostas.

A exposição do modo de atendimento apresenta três momentos distintos, porém organizados, que compõem um processo contínuo, sendo necessário que vários acertos sejam compromissados para a inclusão dos representantes das áreas já mencionadas anteriormente. Uma ação importante a ser providenciada é que o encaminhamento seja realizado com a presença de documentos fundamentais para a compreensão complexa da situação na qual o adolescente está inserido. Estes documentos devem ser provenientes da justiça, de avaliações médicas e psicossociais realizadas pelas áreas da saúde e da justiça, promovendo uma oportunidade para a realização de um estudo de caso, antes mesmo da chegada do adolescente à instituição. Neste ponto tem início o preenchimento do checklist ERASOR, que poderá ser complementado durante todo o período do processo grupal. Este é o objetivo e configuração da Etapa 1.

A Etapa 2 constitui-se no processo grupal com oito encontros de duas horas cada. A proposição de ação grupal tem base nas experiências já descritas e também no documento que orienta as ações psicossociais grupais (Brasil, 2009). A seguir apresenta-se uma tabela na qual constam os temas da ação grupal e os participantes.

**Tabela 1** – Detalhamento da proposta

| <b>Tema</b>                   | <b>Objetivo</b>                            | <b>Mensagem</b>           | <b>Participantes</b>                         |
|-------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------|
| Mudança                       | Estabelecer que mudanças são necessárias   | Quero mudar minha vida    | adolescente, família, socioeducação          |
| Família                       | Fortalecer vinculação afetiva              | Minha família pode ajudar | adolescente, família                         |
| Polivitimização               | Estabelecer contato com sofrimento         | Já sofri muito            | adolescente, família, socioeducação          |
| Compromisso com socioeducação | Motivar para uma atividade laboral         | Quero ser do bem          | adolescente, família, socioeducação          |
| Compromisso com justiça       | Sentido para vínculo com justiça           | Quero ficar legal         | adolescente, família, justiça                |
| Sexualidade                   | Atenção à sexualidade com responsabilidade | Quero namorar legal       | adolescente                                  |
| Apoio da rede para o futuro   | Formar rede para ajuda                     | Todos podem ajudar        | adolescente, família, justiça, socioeducação |
| Passagem para vida adulta     | Vivenciar ritual de passagem               | Preciso tomar decisões    | adolescente, família                         |

O formato desta proposta no que tange à escolha dos temas, dos profissionais envolvidos, da contribuição de setores da saúde, justiça, psicologia e serviço social, se refere ao reconhecimento da complexidade presente na situação. Além disso, há a necessidade de atuação em rede para a tentativa de transformação na condição de extrema vulnerabilidade na qual se encontra este adolescente. Esta reunião de vários profissionais tem a pretensão de retomar um caminho de restabelecimento da proteção que inevitavelmente já foi desqualificado, quando se entra em contato com a realidade desses adolescentes (Borges & Costa, 2020).

De forma geral, pode-se dizer que o adolescente e a família têm protagonismo durante todo os atendimentos. No entanto, sabe-se que muitos destes adolescentes estão distantes ou rompidos em seus laços familiares, e todo o histórico de cometimento de atos infracionais aumenta esse isolamento afetivo em relação às pessoas da família nuclear ou da extensa. Por isso, há uma proposição de que haja evidente participação de representantes da rede de apoio no sentido de oferecerem alternativas relacionais ao adolescente. Yoder et al. (2019) chamam atenção para o fato de que esses adolescentes que tiveram vivência de profundos traumas afetivos ou de violências em suas histórias de vida necessitam obter um êxito em alguma atividade na qual estejam engajados (ou precisam ser engajados), sendo considerado com um *funcionamento executivo*. Isto é, a vivência da execução de uma tarefa exitosa pode ser extremamente incentivadora para mudanças de comportamento. Por esta razão, Bastos e Costa (2020) apontam em pesquisa, a partir de entrevistas individuais, com adolescentes ofensores sexuais que receberam medida socioeducativa de liberdade assistida (LA), o testemunho de que enquanto estavam

cumprindo a medida aprenderam a jogar futebol como parte das atividades orientadas pela VEMSE, e isto fez muita diferença em suas vidas. Pode ser que a aquisição desta habilidade seja considerada de pouco valor, mas é possível que seja vista também como aquisição de um *funcionamento executivo* diante do que foi narrado por eles mesmos. Por esta razão, compreende-se este momento da intervenção como uma oportunidade prática para que haja aquisição de um comportamento que seja visto como ganho real para a vida.

Os objetivos estabelecidos visam pontuar, de forma bem concreta, que é responsabilidade de todos os participantes da intervenção tentar estabelecer um período de mudanças que possam ser planejadas, formatadas e executadas. Por isso, as frases contidas na coluna Mensagem estão na primeira pessoa do singular. O objetivo é que o adolescente possa, ao pronunciá-la, avaliar a correta implicação em sua execução.

Em termos do manejo de cada sessão e dos recursos a serem utilizados para potencializar o engajamento de todos os participantes, enfatiza-se a necessidade de criação de um clima propício à reflexividade, isto é, a compreensão da situação como um todo e a possibilidade de significação do sofrimento afetivo do adolescente, tanto para ele mesmo como os outros. Para fazer frente à efetividade das mudanças necessárias, é preciso haver comprometimento de ações envolvendo todas as áreas já apontadas. Em especial, a área social e a jurídica, pois está-se falando de adolescentes que não tiveram um regramento de proteção presente em suas vidas. E, talvez o mais importante, o resgate das relações familiares (Stewart et al., 2019).

Após o final do processo grupal, a sugestão é que ocorra a Etapa 3, ou seja, estudo de caso de todos os participantes, com o objetivo de retomada da checagem da efetividade das decisões de cunho social e assistencial tomadas ainda por ocasião do primeiro estudo de caso (Etapa 1). Este momento se constitui em circunstância muito importante para a averiguação da continuidade das ações das diferentes áreas: saúde, escola, trabalho, justiça e socioeducação. Ainda como parte da Etapa 3 será realizada uma revisão final do preenchimento do ERASOR.

Trata-se de uma proposta que tem base na experiência dos autores, na demanda trazida pela justiça, e nas proposições já existentes em países que reconhecem esta faixa etária como um momento complexo na vida do jovem adulto que comete ato infracional/crime, e merecedor de um olhar particularizado (Eastman et al., 2019; Ishida, 2015). É óbvio que o que aqui está exposto considera sobremaneira o contexto brasileiro e a realidade amplamente exposta de que os adolescentes penalizados pelo nosso sistema de justiça são negros/pardos, provenientes de periferias e de famílias de baixa renda (Diniz et al., 2017; Jacobina & Costa, 2010).

## Desafios e construções contínuas

Esse texto apresentou uma tentativa de iniciar os estudos e pesquisas sobre essa população no contexto brasileiro, tendo como foco o atendimento especializado para essa faixa etária. Ressalta-se assim a necessidade de ampliar as investigações para aprofundamento das particularidades desse público que cometeu ofensa sexual, o qual não pode ser entendido como um bloco de “ofensores sexuais” – nem definidos simplesmente como adolescentes nem como adultos. Reconhece-se que os adolescentes/jovens adultos entre 16 e 21 anos devem ser vistos em sua condição de *ainda em desenvolvimento*. Há diferenças nesse período do desenvolvimento em relação aos adolescentes e em relação aos adultos que precisam ser valorizadas, discutidas e postas em ação.

Em consonância com os estudos de Eastman et al. (2019), nota-se a importância de possibilitar oportunidades para o desenvolvimento saudável desses indivíduos, considerando a importância da família, da rede de apoio e a necessidade de suporte, além dos agravantes e da complexidade do contexto permeado por vulnerabilidades em que estão inseridos. Estes aspectos precisam ser considerados no atendimento aos adolescentes/jovens adultos dessa faixa etária que cometeram ofensa sexual.

Atuar no Sistema Único de Saúde (proposta de intervenção psicossocial) e com pessoas que cometeram ofensa sexual colocam os profissionais no contínuo contato com *o não saber*, por acessar novas realidades que não se encaixam naquilo que já desenvolviam. Desse modo, faz-se necessária uma observação ininterrupta das demandas que chegam ao serviço, bem como a reflexão dos impactos que as práticas em saúde têm na realidade vivenciada e uma busca incessante e criativa por novos fazeres para a atuação profissional.

Ao final, seria útil a retomada do subtítulo a respeito da proposta metodológica: é possível acolher numa proposta desta natureza? Acredita-se que sim, desde que haja comprometimento ético de todos os profissionais participantes da ação, em vista de se questionar o que Pakman (1999) chama de *encaminhamento desencarnado, vazio*. Este tipo de encaminhamento é comum nas situações psicossociais extremas e de difícil resolução, sendo que o obtido é apenas uma resposta formal da instituição, e não possui um envolvimento ético com a concretização da ação decorrente. Faz-se necessário compreender que a proposta tem base na percepção da complexidade presente em todo o contexto, e na aceitação da interdisciplinaridade (um só saber não consegue resolver), que são componentes teóricos e práticos e que trazem impasses metodológicos e profissionais com diferentes visões, podendo ser complementares e suplementares.

O ponto positivo do texto é a ousadia da proposição visando atingir um público que não recebeu atenção particularizada até então. O ponto negativo do texto é a ausência de descrição de experiências similares, o que dificulta uma discussão entre modos de atuar com esses adolescentes em faixa etária de transição entre legislações diferentes. Estas duas qualificações do texto precisam ser compreendidas dentro de um tempo da permanência ainda da discussão da mudança da maioridade penal para os 16 anos.

O limite da proposta é a realidade brasileira de uma infância e juventude negligenciada e pouco ou nada atendida pelas políticas públicas de proteção enfocadas no Estatuto da Criança e do Adolescente (Bastos & Costa, 2020; Diniz et al., 2017; Domingues & Costa, 2016; Jacobina & Costa, 2010; Machado, 2003; Souza & Costa, 2013). Espera-se que o conteúdo aqui construído possa provocar discussões internas nos setores de ações públicas mencionados, bem como despertar interesse na operacionalização da ação psicossocial.

## REFERÊNCIAS

Andolfi, M., & Mascellani, A. (2012). *Historias de la Adolescencia*. Gedisa.

Andrade, A. P. & Machado, B. A. (2017). Justiça e processo penal juvenil: paradigmas, discurso jurídico e o modelo brasileiro. In A. P. de Andrade & B. A. Machado (Eds.), *Justiça Juvenil. Paradigmas e experiências comparadas* (pp. 23-56). Marcial Pons; Fundação Escola Superior do Ministério Pública do Distrito Federal e Territórios (FESMPDFT).

Barroso R. G., & Manita, C. (2012). *ERASOR – Estimativa de risco de reincidência de agressão sexual em adolescentes*. Versão portuguesa 2.0.

Bartijotto, J., Tfouni, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2016). O ato infracional no discurso do Estatuto da Criança e do Adolescente brasileiro. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 913-924. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77346456003.pdf>

Bastos, K. R. P. & Costa, L. F. (2020). Adolescente autor de ofensa sexual: da denúncia à responsabilização judicial. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(1). <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n2p97>

Bastos, K. R. P. & Costa, L. F. (no prelo). Características dos adolescentes ofensores sexuais e de suas vítimas: um estudo de processos judiciais. *Saúde & Sociedade*.

Blackley, R., & Bartels, L. (2018). Sentencing and treatment of juvenile sex offenders in Australia. Australian Institute of Criminology. *Trends & issues in crime and criminal justice*, (555), 1-15. <https://ssrn.com/abstract=3340975>

Blom, H., Högberg, U., Olofsson, N., & Danielsson, I. (2014). Strong Association Between Earlier Abuse and Revictimization in Youth. *BMC Public Health*, 14, 715. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-715>

Borges, M. M. & Costa, L. F. (2020). Adolescentes Ofensores Sexuais atendidos em uma instituição de saúde do Centro-Oeste do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(1), 140-158. <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2020v72i2p.140-158>

Brasil. (1940). Código Penal Brasileiro. *Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm)

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

Brasil. (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. *Lei nº 8.079, de 13 de julho de 1990*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)

Brasil. (2009). Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. *Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009*. <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/folder.2010-11-23.9973739377/Tipificacao.pdf>

Brasil. (2012). *Lei nº 12.594*. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm)

Brasil. (2013). *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes*. [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08\\_2013\\_pnevsca.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08_2013_pnevsca.pdf)

Butler, S. M., & Seto, M. C (2002). Distinguishing two types of adolescent sex offenders. *American Academy of Child Psychiatry*, 41(1), 83-90. <https://doi.org/10.1097/00004583-200201000-00015>

Carreiro, T. C. (2010). Adolescências e experimentações possíveis. In M. M. Marra & L. F. Costa (Eds.), *Temas da clínica do adolescente e família* (pp. 15-24). Ágora.

Chaves, E., & Costa, L. F. (2018). Doutrina da Proteção Integral e o Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(3), 477-491. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4092>

Costa, A. P. M, & Barros, B. W. (2019). “Traficante não é vagabundo”: trabalho e tráfico de drogas na perspectiva de adolescentes internados. *Revista Direito e Práxis*, 10(4), 2399-2427. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/36727>

Costa, L. F. & Penso, M. A. (2010). A dimensão clínica das intervenções psicossociais com adolescentes e famílias. In M. M. Marra & L. F. Costa (Eds.), *Temas da clínica do adolescente e família* (pp. 201-214). Ágora.

Costa, L. F., Marreco, D. F., Barros, J. F., & Chaves, M. N. G. (2015). Brincando de abuso sexual? Meninos pré-adolescentes que abusam sexualmente de meninos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica*, 61(1), 79-87.



Costa, L. F., Penso, M. A., & Chaves, M. N. S. G. (2017). Violência e História de Vida do Adolescente que Cometeu Ato Infracional de Natureza Sexual. In A. P. de Andrade & B. A. Machado (Eds.), *Justiça Juvenil. Paradigmas e experiências comparadas* (pp. 124-136). Marcial Pons; FESMPDFT

Costa, L. F., Ribeiro, A., Junqueira, E. L., Meneses, F. F. F. & Ströher, L. M. C. (2011). Grupo Multifamiliar com adolescentes ofensores sexuais. *Psico*, 42 (4), 450-456. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10729/7448>

Diniz, D., Brito, L., Rondon, G., & Gumeri, S. (2017). Proteção constitucional à infância e à adolescência: uma crítica à redução da maioridade penal. In A. P. de Andrade & B. A. Machado (Eds.), *Justiça Juvenil. Paradigmas e experiências comparadas* (pp. 95-106). Marcial Pons; FESMPDFT

Domingues, D. F. (2016). *Adolescentes em situação de ofensa sexual intrafamiliar: Conhecer e intervir para prevenir a reincidência* (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/21222>

Domingues, D. F., & Costa, L. F. (2016). O adolescente em situação de ofensa sexual: proteção e responsabilização para evitar a reincidência. *Psicologia Política*, 16(35), 139-151. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v16n36/v16n36a02.pdf>

Eastman, O., Craissati, J., & Shaw, J. (2019). Young adult sexual offenders with emerging personality disorders: developmental and offence-related characteristics and treatment engagement. *Journal of sexual aggression*, 25(2), 105-115. <https://doi.org/10.1080/13552600.2018.1551501>

Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the national survey of children's exposure to violence. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 746-754. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676>

Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S. L., & Ormrod, R. (2011). Polyvictimization: children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse. *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*. <https://scholars.unh.edu/ccrc/25/>

Ishida, K. (2015). Young Adults in Conflicts with Law: Opportunities for Diversion. *Juvenile Justice Initiative*, 1-15. [www.jjustice.org](http://www.jjustice.org)

Jacobina, O. M. P. & Costa, L. F. (2010). Da Medida Protetiva à Socioeducativa: O registo da (des)proteção. *Psicologia Política*, 11(21), 123-139. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3895598>

Machado, M. T. (2003). *A proteção constitucional de crianças e adolescentes e os direitos humanos*. Manole.

Marra, M. M. & Costa, L. F. (2018). Entre a revelação e o atendimento: família e abuso sexual. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(3), 459-475. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3564>

McCuish, E. C., Cale, J., & Corrado, R. R. (2015). Abuse experiences of family members, child maltreatment and development of sex offending among incarcerated adolescents male: Differences between adolescent sex offenders and adolescent non-sex offenders. *Internacional Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(2), 127-149. <http://doi.org/10.1177/0306624X15597492>

Meneses, F. F. F., Ströher, L. M. C., Setubal, C. B., Wolff, L. S., & Costa, L. F. (2016). Intervenção Psicossocial com o Adulto Autor de Violência Sexual Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes. *Contextos Clínicos*, 9(1), 98-108. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2016.91.08>

Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, W-Y. (2009). *Famílias e Casais. Do sintoma ao sistema*. Artmed.

Musicaro, R. M., Spinazzola, J., Arvidson, J., Swaroop, S. R., Grace, L. G., Yarrow, A., Suvak, M. K., & Ford, J. D. (2017). The Complexity of Adaptation to Childhood Polyvictimization in Youth and Young Adults: Recommendations for Multidisciplinary Responders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(1), 81-98. <https://doi.org/10.1177/1524838017692365>

Nogueira, R. N., Costa, L. F., Passarela, C. D. F. T., & Setubal, C. B. (2020). Apreensão do Sofrimento do Adulto Ofensor Sexual em Intervenção Psicossocial: Uma Etnografia. *Revista Subjetividades*, 20(1), 12-03. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i1.e9713>

Pakman, M. (1999). Desenhando Terapias em Saúde Mental Comunitária: Poética e Micropolítica Dentro e Além do Consultório. *Nova Perspectiva Sistêmica*, ano VIII(13), 6-25.

Passarela, C. D. F. T., Setubal, C. B., Meneses, F. F. F., dos Santos Wolff, L., Costa, L. F., Stroher, L. M. C., & Vieira, T. B. (2017). Intervenção Psicossocial com adulto ofensor sexual: A experiência do Alecrim (PAV/SES/GDF). In K. A. Figueiredo (Ed.), *Direitos sexuais são direitos humanos* (pp. 71-74). Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.

Penso, M. A., Conceição, M. I. G., & Costa, L. F. (2018). Revisão histórica da Psicologia Jurídica na atenção à família e ao sujeito. In L. F. Habigzang, P. I. Gomide & G. M. Rocha (Eds.), *Psicologia Forense. Temas e Práticas* (p. 19-37). Juruá.

Penso, M. A., Conceição, M. I. G., Costa, L. F., & Carreteiro, T. C. O. C. (2012). *Jovens pedem socorro. O adolescente que praticou ato infracional e o adolescente que cometeu ofensa sexual*. Liber.

Penso, M. A., Costa, L. F., Conceição, M. I. G., & Carreteiro, T. C. O. (2013). As mães dos adolescentes que cometeram ato infracional social e de natureza sexual. *Interacções*, 9 (25), 151-179. <https://doi.org/10.25755/int.2856>

Platt, V. B., Back, I. C., Hauschild, D. B., & Guedert, J. M. (2018). Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1019-1031. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>

Sandvik, M., Nasset, M.B., Berg, A., & Søndena, E. (2017). The Voices of young sexual offenders in Norway: a qualitative study. *Open Journal of Social Sciences*, 5, 82-95. <https://doi.org/10.4236/jss.2017.52009>

Saraiva, J. B. C. (2017). O direito penal para adolescentes: um rápido panorama dos direitos humanos especiais destes sujeitos em peculiar condição de desenvolvimento em nosso continente e no Brasil. In A. P. Andrade, & B. A. Machado (Eds.), *Justiça Juvenil: Paradigmas e experiências comparadas* (pp. 23-56). Marcial Pons; FESMPDFT.

Schwab-Reese, L. M., Currie, D., Mishra, A. A., & Peek-Asa, C. (2018). A Comparison of Violence Victimization and Polyvictimization Experiences Among Sexual Minority and Heterosexual Adolescents and Young Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-18. <https://doi.org/10.1177/088626051880>

Souza, L. A. & Costa L. F. (2013). A significação das medidas socioeducativas para as famílias de adolescentes em privados de liberdade. *Psico USF*, 18(2), 277-288. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200011>

Spilsbury, J. C., & Korbin, J. E. (2013). Social networks and informal social support in protecting children from abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, (37), 8-16. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.027>

Stewart, K. E., Sitney, M. H., Kaufman, K. L., DeStefano, J., & Bui, T. (2019). Preventing Juvenile Sexual Offender Through Parental Monitoring: a comparison study of youth's experiences of supervision. *Journal of Sexual Aggression*, 25(1), 16-30. <https://doi.org/10.1080/13552600.2018.1528796>

Tavares, A. S (2020). *Adolescentes que cometeram ofensa sexual, seus contextos e vulnerabilidades*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/39505>

Tavares, A. S. & Montenegro, N. M. S. (2019). Intervenção psicossocial com adolescentes que cometeram ofensa sexual e suas famílias: o Grupo Multifamiliar. *Nova Perspectiva Sistêmica*, XVIII (64), 82-104. <http://dx.doi.org/10.21452/2594-43632019v28n64a04>

Yoder, J., Grady, M. D., & Prescht, M. (2019). Relationships Between Early Life Victimization, Antisocial Traits, and Sexual Violence: Executive Functioning as a Mediator. *Journal of Child Sexual Abuse*, 28(6), 667-689. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1588819>

Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos. Cultura e processos de subjetivação*. Appris.



# REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE ATITUDES DE EDUCADORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA FRENTE ÀS DROGAS

*Flávia Mazitelli de Oliveira*  
*Maria Inês Gandolfo Conceição*  
*Elaine Rabelo Neiva*

---

Ante a escassez de estudos sobre as atitudes de educadores frente a usuários de drogas, e tendo em conta a relevância do tema, uma revisão integrativa de literatura foi realizada para investigar como essa temática tem sido estudada. Para tanto, o capítulo apresenta um breve compilado sobre a evolução do conceito “atitude” na história da psicologia social, bem como sua conformação e definição. Isso posto, apresenta-se o resultado da revisão integrativa que resultou na construção das categorias de análise: relações entre conhecimento sobre drogas e atitude em relação às drogas; entre os hábitos dos professores e atitude; e entre atitude e prevenção.

O conceito de atitudes modificou-se bastante ao longo da história dos estudos sobre o comportamento humano. Seu estudo vem evoluindo e se consolidando no campo da psicologia social. Inicialmente eram compreendidas como estruturas avaliativas e eram conceituadas como representacionais. A atitude era algo que de alguma forma residia na memória e, quando requisitada, acionava o registro que continha a informação necessária e era produzida. Depois, considerou-se que as relações sociais e as características contextuais podiam influenciar a expressão de uma atitude. As elaborações mais recentes conceitualizam atitudes como julgamentos formados a partir de um objeto e cuja expressão depende do contexto social em questão, do estado interno do sujeito e assim por diante (Prislin & Crano, 2008).

Assim, uma atitude representa uma integração avaliativa de cognições e afetos experimentados em relação a um objeto. Atitudes são os julgamentos avaliativos que integram e resumem essas reações cognitivas e afetivas. Elas variam em força, o que tem implicações para a persistência, a resistência e a consistência da relação comportamento-atitude (Crano & Prislin, 2006). Assim, pode-se definir a atitude como uma tendência psicológica adquirida e organizada com base na própria experiência, que, a partir da avaliação de uma dada questão, inclina o sujeito a reagir com um nível de aprovação ou desaprovação, frente a um determinado objeto, situação, pessoa ou grupo, capturando-o em

dimensão de atributo como bom ou ruim, prejudicial ou benéfico, agradável ou desagradável (Ajzen, 2001; Barros & Pillon, 2007; Gil, 2008).

A atitude é uma propensão, construída ao longo da vida, que orienta nossos comportamentos, reações, julgamentos e relacionamentos. Por exemplo, estamos mais suscetíveis a atitudes negativas ante determinados sujeitos ou grupos que histórica e culturalmente carregam marcas sociais que são alvo de preconceito. Alguns grupos carregam estereótipos e são alvo de preconceitos (atitudes negativas).

É consenso que as atitudes sociais são adquiridas e não inatas. Ao longo da vida, adquirimos muitas crenças sobre vários objetos, ações e eventos. Aprendemos a gostar de objetos que acreditamos ter características desejáveis e formamos atitudes desfavoráveis em relação a objetos que associamos com características indesejáveis. Assim, podemos acreditar que pessoas com transtorno mental são perigosas, que obesos são preguiçosos ou que usuários de drogas são ameaçadores. Embora os sujeitos possam formar muitas crenças diferentes sobre um objeto, presume-se que apenas as crenças prontamente acessíveis na memória influenciam a atitude. A acessibilidade de uma crença tende a aumentar em função da frequência com que a expectativa é ativada e da ocorrência de sua ativação, e da importância da crença (Ajzen & Cote, 2008; Barros & Pillon, 2007). Há teorias sobre a relação entre atitudes, tais como a teoria do comportamento planejado de Ajzen (1991), em que se busca entender e prever o comportamento humano a partir de um conjunto reduzido de variáveis antecedentes. Para o autor, crenças podem ser formadas como resultado da observação direta, ser autogeradas por meio de processos de inferência, ou ainda ser formadas indiretamente ao aceitar informações de fontes externas como a mídia, os livros, os amigos. Elas podem persistir ao longo do tempo, enfraquecer ou desaparecer, e novas crenças ser formadas (Ajzen & Cote, 2008). A influência cognitiva pode ser fortalecida se também houver influência cognitiva injuntiva, ou seja, um comportamento tem maior chance de ocorrer se for percebido que ele também é realizado e aprovado por outras pessoas (Lee et al., 2007).

A mera exposição a mensagens persuasivas é capaz de influenciar a formação de atitudes, mas não a sua modificação. Sabe-se que os sujeitos devem estar capazes e motivados para elaborar mensagens persuasivas que, se forem fortes e bem concebidas, irão induzir a mudança. Mas, se o processamento for incompleto, com sujeitos desmotivados e incapazes de processar as mensagens, eles irão recorrer a dicas periféricas (recursos auxiliares) para completar a elaboração de respostas atitudinais. Nesse caso, a nova informação pode até reforçar as atitudes. Esse processo incompleto é mais frágil e menos propenso a resistir à contrapressão e a induzir o comportamento (Crano & Prislin, 2006).

O estudo sobre a fonte das mensagens mostra que um grupo minoritário pode persuadir a maioria a aceitar sua posição (contra atitudinal). As fontes majoritárias produzem mudanças imediatas, às vezes transitórias, relacionadas ao foco das mensagens. Já as fontes minoritárias impactam mudanças indiretas, isto é, relacionadas ao tema da mensagem, mas não exatamente ligadas ao foco principal dessa informação. Ainda que as fontes minoritárias normalmente sejam consideradas uma pista periférica, paradoxalmente há evidências de mudanças de longo prazo na resposta (Crano & Prislin, 2006).

Existem atitudes duais, pois quando há o processo de mudança, a nova atitude se sobrepõe, mas não substitui a antiga. As pessoas podem simultaneamente ter duas atitudes diferentes em relação a um determinado objeto no mesmo contexto, uma implícita ou habitual, a outra explícita. Tal fato explicaria discrepâncias aparentes entre atitudes e comportamentos, que estariam refletindo a presença múltipla, dependendo do contexto em relação aos alvos sociais (Azjen, 2001). Quando o sujeito é o usuário de drogas, tratamos de uma questão permeada de preconceitos e moralismo, que pode determinar uma atitude negativa diante dele. Usuários de drogas são percebidos como ameaçadores, violadores, perigosos, frágeis e doentes, o que influencia o comportamento perante eles. Tais crenças contribuem para dificultar abordagens mais adequadas e influenciar a interação da população com os usuários de drogas, podendo ocasionar o distanciamento social e da rede de cuidado e provocar o agravamento da situação (Ronzani & Andrade, 2006).

Partindo da hipótese de que a atribuição de características indesejáveis a alguém pode levar à rejeição e ao distanciamento social, um estudo buscou identificar o desejo de distanciamento social de profissionais da saúde da cidade de Juiz de Fora (Minas Gerais) em relação a usuários de drogas. Esse desejo foi notado em relação aos dependentes de álcool, maconha e cocaína, sendo que foi ainda maior para com o dependente de cocaína (Soares et al., 2011).

Um estudo transversal com uma amostra probabilística de 500 indivíduos de 18 a 65 anos em São Paulo, visou a descrever como a população da cidade de São Paulo identifica a dependência do álcool, quais causas atribuem a essa desordem e o que é relatado quanto à percepção do estigma, risco de violência e reações emocionais. Os resultados apontam que menos de 20% dos sujeitos acreditam que se trata de uma doença mental, sendo que as causas prováveis mais citadas foram as psicossociais, seguidas por causas morais. Além disso, a dependência do álcool foi associada a um alto risco de violência e estigma pelos sujeitos participantes da pesquisa. Os autores concluíram que a dependência do álcool é vista como uma relação psicossocial e um problema moral, e que as imagens negativas predominam em relação a indivíduos com esse transtorno (Peluso & Blay, 2008). Essa visão negativa



permeada de preconceito também foi identificada entre profissionais de saúde de nível superior que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município de Minas Gerais. O estudo buscou analisar a atenção em saúde a usuários de álcool e outras drogas e concluiu que os participantes possuíam concepções baseadas em preconceitos e estigmas, dificultando o atendimento nos serviços de saúde, levando-os a limitar suas ações a encaminhamentos. Os participantes afirmaram não terem capacitação para oferecer cuidados a essa população, o que gera um pacto denegativo entre os profissionais. Para os autores, esse pacto denegativo seria uma aliança inconsciente que implica na renúncia dos profissionais de saúde em relação aos usuários de álcool e outras drogas (Silva & Peres, 2014).

A complexidade do tema “drogas” pode interferir negativamente na prática de atenção à saúde dos usuários. Um estudo realizado com profissionais da rede de saúde mental e da atenção primária de Belo Horizonte concluiu que os entrevistados se orientam predominantemente por dois repertórios acerca das drogas: o discurso da saúde pública e o discurso jurídico-moral, oscilando entre eles, levando a práticas de atenção contraditórias (Queiroz et al., 2014).

Uma tendência entre maior conhecimento sobre drogas e atitudes mais positivas frente ao álcool, ao alcoolista e ao alcoolismo foi encontrada em uma pesquisa realizada com profissionais da rede socioeducativa, que identificou atitudes mais positivas após a participação dos profissionais na capacitação do Centro de Referência sobre Drogas (CRR) do Espírito Santo. O estudo identificou que, quanto maior o conhecimento sobre o tema, maior a tendência de apresentar atitudes positivas em relação ao álcool, ao alcoolista e ao alcoolismo (Gonçalves, 2014). Parece haver alguma relação entre falta de conhecimento e atitudes negativas.

Embora a atitude frente às drogas e seus usuários venha sendo estudada entre os profissionais de saúde, alunos de graduação, profissionais do sistema socioeducativo e da população em geral, poucos estudos publicados nos últimos anos foram encontrados sobre a atitude dos professores frente ao tema da drogadição (Ferreira et al., 2010). Essa temática faz-se importante, tendo em vista que a escola vem sendo apontada pela literatura como o ambiente privilegiado para o desenvolvimento de projetos de prevenção do uso de drogas e o educador apresentando função central e determinante na abordagem dessa temática (Amesty & Páez, 2018; Faggianno et al. &, 2014; Lima et al., 2010; Nascimento, & De Michelli, 2015; Passos & Lima, 2013). No entanto, para que sirvam como facilitadores bem-sucedidos de programas de prevenção às drogas e promoção da saúde, eles precisarão não somente ter conhecimento, mas possuir atitudes que se alinhem com esforços bem-sucedidos de prevenção do abuso de drogas (Moreira et al., 2009). A questão que se levanta é se

o conhecimento e as habilidades desenvolvidas nos cursos de capacitação em são capazes de promover uma atitude mais positiva frente ao usuário de drogas, pois, de acordo com Vargas e Luís (2008), embora a atitude tenda a se manter de forma persistente, não significa que seja imutável.

## Método

Dada a importância do estudo sobre as atitudes de educadores frente ao usuário de drogas e da escassa produção científica sobre o tema, optou-se por realizar uma revisão integrativa, por ser um método que reúne a literatura empírica ou teórica sobre determinada questão, apresentando-o de forma abrangente, contribuindo para o desenvolvimento teórico e apresentar as lacunas que precisam ser supridas com futuros estudos, além de dar suporte para a tomada de decisão, a melhoria da prática preventiva e o desenvolvimento de políticas específicas (Whittemore & Knafl, 2005).

Foram seguidas as etapas do método de revisão integrativa da literatura sugeridas por Whittemore e Knafl (2005), quais sejam: identificação do problema, busca da literatura, avaliação dos dados, análise dos dados. A busca por literatura foi realizada a partir dos artigos publicados nas bases de dados *SciELO*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Psycinfo* e no Portal de Periódicos CAPES, usando os seguintes descritores: *drugs AND attitude AND teachers*, *drugs AND attitude AND school*. Ainda, foram usadas diversas combinações de descritores, substituindo o termo *drugs*, por substâncias psicoativas específicas, como *alcohol*, *marijuana*, *canabis*, *cocaine* e *tobaco*. A combinação *attitude AND drugs* também foi utilizada.

Foram três os critérios de inclusão: textos disponíveis na íntegra, artigos nas línguas inglesa, espanhola ou portuguesa e artigos que abordassem o tema Atitude dos Professores frente às Drogas e seus Usuários. Como critérios de exclusão de artigos estavam aqueles que usavam os termos pesquisados, porém com outra conotação, como por exemplo, drogas como sinônimo de medicamento não psicotrópico. Não houve recorte temporal na busca.

Foram encontrados 470 artigos. Os títulos e resumos foram lidos, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão. Após, 10 artigos foram selecionados e, após a leitura, apenas nove artigos permaneceram na pesquisa. Em seguida, estes foram classificados por décadas de publicação, países de publicação, tipo de abordagem do estudo e tipo de substância enfocada. Concluída essa fase, iniciou-se o processo de classificação dos artigos quanto às categorias. Na Tabela 1 é possível visualizar a amostra inicial de cada busca, bem como o número de publicações excluídas de acordo com os critérios adotados.

**Tabela 1** – Número de publicações excluídas por critérios na revisão integrativa

| <b>Descritores: <i>drugs AND attitude AND teachers</i></b>    | <b>BVS</b> | <b>CAPES</b> | <b>SciELO</b> | <b>Psyinfo</b> | <b>Total</b> |
|---------------------------------------------------------------|------------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| Amostra inicial                                               | 345        | 47           | 74            | 5              | 471          |
| Trabalhos excluídos por não se referirem ao objeto da revisão | 341        | 45           | 72            | 2              | 460          |
| Trabalhos repetidos                                           | 0          | 0            | 2             | 0              | 2            |
| Amostra final                                                 | 4          | 2            | 0             | 3              | 9            |

## Resultados

A amostra resultante de nove artigos descrita na Tabela 2 demonstra uma maior concentração das publicações de 1970 a 1979, com três artigos; e de 2000 a 2009, também com três artigos. Na década de 1990 foi encontrado um artigo e na década de 2010 a 2019, dois artigos. Quanto aos países de publicação, há três dos Estados Unidos, dois do Irã, dois do Brasil, um do Canadá e um do Japão. Quanto ao tipo de estudo, oito tinham metodologia quantitativa e um usou método qualitativo. Sobre os tipos de substâncias pesquisadas, encontramos um estudo sobre álcool, um sobre ecstasy, dois sobre tabaco e seis sobre drogas em geral.

**Tabela 2** – Descrição dos artigos selecionados por título, autor, ano e periódico

| <b>Título</b>                                                                                                          | <b>Autor</b>      | <b>Ano</b> | <b>Periódico</b>                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|----------------------------------------------------------------|
| A suposta lacuna de informação sobre drogas e atitude entre professores e alunos                                       | Fejer e Smart     | 1974       | <i>Journal of Drug Issues</i>                                  |
| Atitudes e conhecimento sobre abuso de drogas de pais e professores                                                    | Smith e Meyer     | 1974       | <i>Journal of School Health</i>                                |
| Mudanças nas atitudes dos professores em relação às drogas associadas a um curso de “Seminário Social”                 | Wong e Zimmermann | 1974       | <i>Journal of Drug Education</i>                               |
| Atitude de pais e professores e conhecimento sobre o abuso de drogas                                                   | Moor et al.       | 1992       | <i>Adolescence</i>                                             |
| Comportamentos e atitudes de tabagismo entre professores de escolas de Mie, Japão                                      | Ohida et al.      | 2000       | <i>Journal of Epidemiology</i>                                 |
| Professores das escolas iranianas: conhecimento e atitude em relação ao ecstasy                                        | Dabiran et al.    | 2009       | <i>International Journal of Adolescent Medicine and Health</i> |
| Conhecimentos e atitudes relacionados ao abuso e à prevenção de drogas apresentados por educadores de escolas públicas | Moreira et al.    | 2009       | Revista Brasileira de Psiquiatria                              |
| Percepções e atitudes de professores de escolas públicas e privadas perante o tema drogas                              | Ferreira et al.   | 2010       | Interface – Comunicação, Saúde, Educação                       |
| Conhecimentos e atitudes relacionadas ao abuso e à prevenção de drogas por educadores de escolas públicas              | Heydari et al.    | 2013       | International Journal of Preventive Medicine                   |

Foram criadas em categorias centrais de análise, as quais foram construídas e analisadas a partir de elementos indutivos (ideias presentes nos artigos) e dedutivos (teorias e conhecimentos da literatura atual). A seguir serão apresentadas e discutidas as categorias de análise obtidas a partir dos resultados da revisão.

## Discussão

### *Relação entre conhecimento sobre drogas e atitude em relação às drogas*

Esta categoria reflete os artigos que relacionaram o conhecimento específico sobre drogas por parte dos professores e suas atitudes, da qual fazem parte seis artigos: Smith e Meyer (1974), Wong e Zimmermann (1974), Fejer e Smart (1974), Heydari et al. (2013), Moreira et al. (2009) e Dabiran et al. (2009).

O estudo de Wong e Zimmermann (1974) investigou, nos Estados Unidos, os efeitos de um programa de educação sobre drogas a respeito de como a população de professores percebia diferentes tipos de drogas, a periculosidade de drogas lícitas e ilícitas, e como eles viam as pessoas que usavam drogas. Um instrumento elaborado pelos autores foi usado para medir a atitude, no qual os participantes foram solicitados a classificar as drogas quanto a sua periculosidade para as pessoas que as utilizam, para a sociedade em geral e para si próprios. Os resultados apontaram que as drogas eram vistas como mais perigosas para as pessoas em geral do que para o próprio participante da pesquisa, e havia uma noção errada de periculosidade em relação ao álcool e as drogas “leves”<sup>34</sup>. Uma diminuição na percepção da periculosidade de drogas “leves” foi percebida, além de as bebidas alcoólicas passarem a ser vistas como mais perigosas após o curso. Nenhuma mudança estatisticamente significativa ocorreu na atitude em relação às pessoas que usam drogas.

Smith e Meyer (1974) desenvolveram duas pesquisas de corte transversal no sudeste dos Estados Unidos com pais e professores, com o objetivo de fazer um levantamento sobre as atitudes e conhecimentos dos professores no tocante ao problema do abuso de drogas. Em uma delas, cuja amostra foi de 837 pais e professores, foi aplicado um questionário, desenvolvido pelos próprios autores, dividido em quatro partes: uma sessão avaliava os dados sociodemográficos; outra testou o conhecimento sobre drogas, seus efeitos e as palavras associadas ao seu uso; a terceira sessão solicitou opiniões sobre a substância; enquanto uma sessão final perguntou sobre o próprio uso de drogas pelo entrevistado. A outra pesquisa foi realizada com professores do sistema escolar católico, com os mesmos questionários, totalizando 48 professores na amostra. Os resultados indicaram que ainda que os professores tenham tido um desempenho melhor do que os pais, ambos os grupos apresentaram um

34 Embora esta não seja uma classificação adequada e atual para se referir aos diferentes tipos de substâncias, manteve-se o termo utilizado pelo autor. Destaca-se a data da publicação.

conhecimento sobre drogas insuficiente. Professores mais jovens tenderam a possuir um conhecimento maior. Professores tiveram atitudes compreensivas e liberais, enquanto os pais tiveram atitudes mais conservadoras. Os autores concluíram que pais e professores não estão qualificados para passar informações, o que é extremamente grave, haja vista a ausência de quem possa cumprir esta importante tarefa de forma adequada.

Ainda no mesmo ano, Fejer e Smart (1974) realizaram uma pesquisa que foi implementada na cidade de Ontário, no Canadá, com o intuito de investigar o conhecimento e a atitude frente às drogas de uma amostra de 363 professores do ensino fundamental e médio, e determinar a relação entre atitude e conhecimento sobre drogas para certas características sociodemográficas e ocupacionais, comparando também as atitudes e conhecimentos de professores com alunos de ensino médio. Um questionário foi elaborado e os resultados comparados com dois estudos anteriores feitos com alunos do ensino médio. Os resultados demonstraram que a maioria dos professores apresentou atitudes negativas e não permissivas. Quanto mais jovens, mais tolerantes e permissivos, e maior o conhecimento sobre o tema. Identificaram também que quanto maior a escolaridade, mais positivas são as atitudes, e que os professores com ideias mais liberais sobre a maconha demonstraram maior conhecimento.

Dabiran et al. (2009) realizaram um estudo transversal, com amostra aleatória de 460 professores, de 20 escolas públicas e 10 escolas privadas do Irã, com o objetivo de identificar o conhecimento e a atitude do professor em relação ao ecstasy e seus efeitos colaterais. Para tanto, utilizaram um questionário com 50 perguntas, elaborado pelos próprios autores, para medir atitude e conhecimento. Os resultados apontaram que as mulheres iranianas pesquisadas estavam mais propensas a ter uma atitude positiva em relação ao ecstasy do que os homens iranianos. Não foi encontrada relação entre o nível de educação dos professores e atitude (o que está relacionado positivamente ao conhecimento sobre o ecstasy), tampouco quanto à idade. Os autores indicaram que as opiniões sobre o potencial abuso de drogas e o conceito de dependência de drogas era inadequado.

Ainda em 2009, outra pesquisa foi conduzida com o intuito de investigar a relação entre o conhecimento e as diferentes atitudes manifestas pelos educadores nas escolas públicas frente ao abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas por seus alunos. Esse estudo de corte transversal com amostra probabilística da cidade de São Paulo, Brasil, foi realizado com 88 coordenadores pedagógicos. Moreira et al. (2009) justificaram a escolha dessa categoria devido a suas atribuições, quais sejam: “atividades de orientação oferecidas aos alunos e pais, coordenação do corpo docente, bem como o

desenvolvimento e execução do programa pedagógico” (p. 96). Os autores elaboraram e aplicaram três questionários. O primeiro referia-se ao histórico profissional e aos dados pessoais dos educadores. O segundo buscou uma avaliação das respostas diárias a situações direta ou indiretamente relacionadas ao abuso de drogas, e o terceiro avaliava o conhecimento sobre abuso de drogas e sua prevenção.

Assim como no artigo iraniano, os coordenadores pedagógicos de São Paulo, embora demonstrassem ter atitudes compreensivas em relação aos usuários de drogas, estas não estavam correlacionadas ao conhecimento específico sobre drogas, mas, sim, ao nível de educação, como cursos de Pós-Graduação, independentemente da área de estudo. Por outro lado, o conhecimento específico sobre fatores de risco pareceu estar associado a atitudes empáticas. Os sujeitos também relataram necessidade de maior conhecimento sobre álcool do que sobre drogas ilícitas.

No ano de 2013, um estudo foi conduzido no Teerã com 1.271 estudantes universitários, 549 clérigos e 551 professores (todos do sexo masculino), com o objetivo de estimar e comparar a prevalência do tabagismo nestes três grupos e também seu conhecimento, atitude e previsão de fumar no futuro. Os resultados deste estudo mostraram que a prevalência de tabagismo foi maior entre estudantes (31,1%) e professores (27,2%) em comparação com os clérigos (21,0%) e outros homens na população geral (23,4%). Além disso, os níveis de conhecimento, atitude e previsão de fumar cigarro nos próximos cinco anos foram mais favoráveis em professores e clérigos (Heydari et al., 2013).

### ***Relação entre os hábitos dos professores e atitude***

Na década de 1990, um estudo norte-americano analisou a associação entre o ambiente escolar, estudantes que fumam e atitudes e comportamentos dos professores. Um questionário confidencial foi enviado por computador a 3.990 estudantes, que também fizeram testes de saliva, para estimar a prevalência do tabagismo nas escolas. Já os 179 professores responderam a um questionário autoaplicável que investigava atitudes e comportamentos dos professores sobre a política das escolas em relação ao tabagismo, o hábito de tabagismo, a probabilidade de intervenção em caso de posse e uso de cigarros por alunos, além do comportamento de professores em relação ao tabagismo (Moor et al., 1992). Os resultados apontaram para uma forte ligação entre as atitudes dos professores em relação às políticas de tabagismo e o hábito de fumar dos mesmos na época da pesquisa, mas não foram consistentemente relacionadas ao tabagismo do aluno. Além disso, a probabilidade de

intervenção, quando houve posse ou uso de cigarros pelo aluno, era menor quando os professores eram fumantes.

Na década seguinte, Ohida et al. (2000) corroboraram a associação entre os hábitos de tabagismo dos professores e suas atitudes. Dos 13.998 professores que responderam a um questionário autoaplicável elaborado pelos autores, aqueles que reportaram não considerar a educação contra tabagismo necessária também eram fumantes.

A influência dos hábitos dos professores na percepção acerca das drogas também foi destacada por Ferreira et al. (2010), que conduziram um estudo qualitativo com 20 professores de ensino fundamental e médio da cidade de São Paulo. Os autores afirmam que os docentes entendiam que as drogas lícitas eram menos perigosas que as ilícitas, e que essa visão podia ser justificada pelo comportamento dos professores, já que quase todos faziam na época ou fizeram anteriormente uso de drogas lícitas, enquanto somente alguns utilizaram drogas ilícitas. Ou seja, o hábito de usar drogas lícitas parece favorecer um julgamento mais positivo sobre elas.

### ***Relação entre atitude e prevenção***

Foi possível encontrar uma estreita relação entre atitude dos professores e prevenção do uso de drogas em dois artigos. Ferreira et al. (2010) indicaram que apesar de os professores se reconhecerem como formadores de opinião e afirmarem a importância da prevenção, por motivos diversos, os professores não se consideravam suficientemente habilitados para tratar do tema. A maioria deles acreditava que as ações de prevenção devem ser centradas na transmissão de informações científicas sobre o efeito e as consequências do uso de drogas, não citando ações que desenvolvessem habilidades sociais ou que fossem baseadas na redução de danos.

Os autores indicam, ainda, que devido à diversidade de atitudes encontradas entre os professores, os programas de prevenção não deveriam ser elaborados partindo-se da premissa de serem implementados da mesma maneira em diferentes escolas, com diferentes realidades sociais e de serem reproduzidos igualmente pelos professores. Para facilitar esse processo, sugerem que os professores sejam incluídos nas diversas etapas dos programas (Ferreira et al., 2010). Moreira et al. (2009) identificaram que as atitudes empáticas dos coordenadores pedagógicos em relação aos usuários de drogas favorecem o fortalecimento de vínculos entre estudantes e professores, o que é considerado um fator protetivo contra o uso de drogas.



## O que essas informações nos dizem?

Constatou-se uma escassa produção no que diz respeito a pesquisas sobre a relação entre atitudes de professores frente às drogas e seus usuários, ainda que não se imponha restrição de temporalidade. É importante ressaltar que existe uma crença no senso comum de que o conhecimento leva a mudança atitudinal e possivelmente comportamental. Isso é complicado na medida em que não existem pesquisas que sustentem essa relação no caso das drogas.

O privilégio da abordagem quantitativa, na maioria dos estudos, demonstra a preocupação com a precisão e a confiabilidade da mensuração de atitude e a tradição da utilização de protocolos para geração de escalas (Lucian & Dornelas, 2015). Contudo, contrariamente à afirmação dos autores, de que se evita o delineamento de pesquisas para cada evento de mensuração em foco, buscando modelos prontos e validados, nos artigos encontrados, diversos questionários específicos foram elaborados pelos próprios autores. Do ponto de vista da pesquisa quantitativa, isso é muito ruim porque as medidas são passíveis de vieses e são pouco comparáveis. O resultado errático pode ser devido à medida.

A análise dos trabalhos encontrados demonstra a diversidade de atitudes dos professores quando a temática em questão são as drogas e/ou seus usuários. Como demonstrado, as atitudes em relação ao tabaco variam de acordo com o uso feito pelo professor, determinando uma possível intervenção (Moor et al., 1992; Ohida et al., 2000). Essa intervenção também pode estar relacionada ao sexo do estudante, já que a probabilidade de intervenção seria maior quando se trata de meninos, e não meninas fumantes (Ohida et al., 2000). A escolha do tabaco nos estudos japonês e americano pode ser explicada pela prevalência do uso dessa droga nesses países, já que ambos configuram entre os 10 países onde mais se fuma (GBD 2015 Tobacco Collaborators, 2017). A relação entre sexo e atitudes mais positivas também foi encontrada especificamente em relação ao ecstasy, sendo que as professoras se mostravam mais propensas a uma atitude positiva (Dabiran et al., 2009). A relação entre professores mais jovens e atitudes mais positivas e tolerantes foi destacada por Fejer e Smart (1974), além disso, uma relação entre maior escolaridade e atitudes mais compreensivas também foi encontrada (Fejer & Smart, 1974; Moreira et al., 2009). Essa variedade nas atitudes foi encontrada também por Ferreira et al. (2010), que relatam que entre os professores entrevistados há aqueles que não fazem nada, pois têm receio de abordar o tema, não sabem como lidar com o assunto ou pensam que não têm, como uma das suas funções, a de alterar a conduta do aluno. [...] Há também os que conversam com os



alunos, encaminham para a coordenação e para a direção ou passam a abordar o tema em sala de aula após notar indícios de uso (p. 556).

Na direção oposta ao estudo de Gonçalves (2014), que apontou para uma relação positiva entre conhecimento e atitudes compreensivas em relação ao álcool, alcoolista e alcoolismo, dois dos artigos encontrados indicam que quanto maior o conhecimento específico sobre drogas, maiores são as chances de apresentar atitudes negativas (Dabiran et al., 2009; Moreira et al., 2009). Tal achado pode demonstrar a necessidade de os cursos de capacitação sobre drogas para os professores incluírem estratégias que possam afetar e modificar de fato suas crenças e atitudes, não se restringindo a uma formação técnica. A mudança no componente afetivo aqui parece mais necessária que em qualquer outro aspecto. A aprendizagem envolvendo afetos e mudança destes é extremamente complexa e difícil. Alteração de afetos como objetivo de aprendizagem é difícil porque requer ações muito próximas de ações terapêuticas. Esse limiar é bastante tênue e requer preparo. A possível insuficiência dos modelos de cursos voltados à capacitação dos educadores é reforçada pelo fato de a maioria dos professores entrevistados no estudo de Ferreira et al. (2010) relatar não se sentir capacitada para desenvolver ações de prevenção, embora quase a metade deles tenha afirmado ter formação na área.

A sensação de despreparo e impotência, mesmo após a realização de cursos de capacitação, vai ao encontro dos dados de outra pesquisa também realizada com educadores, que aponta que a grande maioria dos sujeitos investigados já participou de formações relativas à temática, porém estes não se encontram suficientemente preparados, colocando em questão a formação oferecida, que se pauta apenas em aspectos informativos, desconsiderando as representações sociais dos docentes (Moreira et al., 2015). Caberia indagar se tais formações eram centradas em estratégias de treinamento meramente informativas, no lugar de métodos ativos, interativos e vivenciais, comprovadamente mais efetivos ao processo de aprendizado. Tolan et al. (2007) afirmam que os programas de prevenção que capitalizam as interações sociais de sua população-alvo (interação na colaboração família-escola, etc.) para facilitar a prática e o aprendizado de habilidades desejadas são mais efetivos do que aqueles que se atêm meramente a aspectos didáticos. O despreparo, a falta de conhecimento e de informações seguras e adequadas, tornando os educadores desqualificados para abordar o assunto com seus alunos, também foram destacadas (Smith & Meyer, 1974; Wong & Zimmermann, 1974). A relação negativa percebida pelos professores entre hábitos relacionados às substâncias psicoativas (especialmente as lícitas) e atitudes, reforça a importância de se considerar o comportamento, as percepções, as ideias e as crenças

dos professores como determinantes nas ações a serem desenvolvidas por eles (Ferreira et al., 2010; Moor et al., 1992; Ohida et al., 2000). É preciso considerar os estereótipos de grupos para desenvolver estratégias de intervenção. Chama a atenção o fato de que, embora os professores estejam conscientes da importância das ações de prevenção e de que a escola seja um lugar privilegiado para implementação dessas ações, eles não querem ser envolvidos diretamente nessa discussão (Ferreira et al., 2010). Como visto, a mesma relutância em trabalhar com usuários de drogas foi demonstrada por profissionais da ESF (Silva & Peres, 2014), denominada pelos autores de pacto denegativo. Tal pacto funcionaria como um acordo inconsciente que sanciona a negligência no cuidado com usuários de álcool e outras drogas e, conseqüentemente, contribui para a manutenção do estigma. Em suma, os usuários de drogas são vítimas de estereótipos que os renegam a um espaço de desmerecimento na sociedade.

Há, portanto, um nítido desconforto em abordar o tema das drogas, que precisa ser considerado para que as atitudes dos professores sejam mais positivas e empáticas. Nota-se que esse desconforto não tem sido trabalhado nas capacitações feitas, já que o mesmo persiste naqueles que realizaram formação na área. No entanto, é essencial destacar que tal desconforto e relutância na abordagem do assunto não são influenciados somente pela precariedade da capacitação sobre drogas e pelo tabu inerente ao tema. Constatou-se aumento da agressividade e violência sofridas pelas escolas (Thombs, 2015), medo de sofrer represália por parte de traficantes e própria sobrecarga de trabalho (Oliveira, 2019). Além disso, não se pode desprezar o papel da direção das escolas em apoiar os docentes na promoção de adaptações curriculares para inserir conteúdos extras, diminuindo, assim, a sobrecarga daqueles que, ao se interessarem pela temática, precisam acomodar o conteúdo dentro de suas matérias com carga horária limitada (Ferreira et al., 2010).

Promover atitudes positivas é de extrema importância não somente para ações efetivas de prevenção, mas também para evitar que atitudes menos tolerantes frente ao aluno que faz uso de drogas possam, por exemplo, levar a uma maior possibilidade de sua expulsão da escola (Moreira et al., 2009). Sabe-se que a atitude de um educador frente ao aluno que faz uso de drogas pode ser determinante para seu padrão de uso, podendo influenciar na interrupção ou intensificação do uso. Lograr, manter e fortalecer o vínculo com esse aluno é o grande desafio que se coloca às escolas. Ao invés de punições que apenas afastam o estudante do ambiente escolar, a escola deveria incentivar sua participação e buscar compreender a real situação de vida do adolescente para que possa oferecer o apoio adequado (Moreira et al., 2006).

Diante disso, faz-se necessário desconstruir percepções baseadas no senso comum que levam a atitudes negativas e estigmatizantes, como as apresentadas no estudo de Poldrugo et al. (1986), no qual os participantes entendem que os alcoolistas possuem um caráter moral fraco, merecendo um maior distanciamento social. Tal atitude frente ao álcool e aos alcoolistas se assemelha aos dados de pesquisas mais recentes (Gonçalves, 2014; Peluso & Blay, 2008; Silva & Peres, 2014) e pode encontrar referência no segundo tipo de estigma definido por Goffman (1989), que estaria vinculado às culpas de caráter individual, tais como falta de força de vontade, desonestidade, muito contribuindo para o distanciamento desses estudantes das escolas. Assim também é importante investir em intervenções mais consistentes.

Todavia, ser professor no Brasil implica numa série de desafios inerentes à realidade social e educacional contemporânea. Evidentemente, o cotidiano da prática docente em nosso país deve ser considerado ao compará-lo com os dados obtidos na literatura estrangeira aqui apresentados. Os professores da educação básica enfrentam condições precárias de infraestrutura, e muitas vezes, chegam ao limite da falta de serviços básicos, como energia elétrica, água tratada, esgoto sanitário e coleta regular de lixo (Ferreira & Souza, 2013). Há ainda, nas regiões onde lecionam, a constante exposição à pobreza extrema, violência doméstica, drogas, tráfico e violência, gravidez na adolescência, que somados à acusação recorrente da baixa qualidade no ensino público da educação básica, geram sentimentos de impotência e perda de autonomia (Ferreira & Souza, 2013).

Essa conjuntura vem ocasionando nos professores sofrimento, insatisfação, frustração, fadiga e adoecimento (Ferreira & Souza, 2013). Uma pesquisa realizada em São Paulo apontou que mais de 80% dos docentes apresentam doenças com diagnóstico médico, como musculoesqueléticas e transtornos mentais, relacionadas a movimentos repetitivos, trabalho estressante, longas jornadas, atividade em mais de uma escola e baixa remuneração (Vedovato & Monteiro, 2008). A violência física e verbal presente na escola, bem como o agravamento das condições de trabalho identificado nos dias de hoje, que ocasionam uma cisão entre sentido e significado na função docente, também são identificados como fatores que levam ao adoecimento (Facci, 2019). Logo, seria temerário desconsiderar toda a sobrecarga de trabalho, as duvidáveis condições de trabalho dos docentes do ensino básico no Brasil e de conjunção social, responsabilizando apenas a escola e as capacitações na qualidade da atitude do professor na abordagem às drogas e ao aluno usuário de drogas.

## **Considerações finais: o que podemos dizer acerca da atitude dos educadores frente às drogas?**

Embora seja um tema de extrema relevância para a formulação de políticas de prevenção do uso de drogas e de promoção da saúde, constata-se uma lacuna na produção de conhecimento acerca das atitudes de educadores frente ao uso de drogas pelos estudantes. Os artigos encontrados são muito antigos e o mais recente foi escrito há mais de cinco anos, apontando para a necessidade de maior investimento nesse campo de investigação. Com base na revisão integrativa, observa-se que independente de formação específica, há uma diversidade de atitudes dos professores frente às drogas e seus usuários, que varia do imobilismo a intervenções moralistas e repressivas, a abordagens mais empáticas e acolhedoras. Os achados indicam que essas atitudes podem ter sido moldadas por hábitos dos próprios professores, do nível de escolaridade, mas não em função de capacitações voltadas à temática das drogas, deixando aqui uma interrogação sobre a eficácia das mesmas.

Um resultado preocupante sugere que, ainda que possuam formação voltada para a prevenção do uso de drogas, os docentes continuam a se sentir despreparados para tratar do assunto e não desejam essa responsabilidade, mesmo tendo consciência de sua importância e de ser a escola o ambiente mais apropriado para essa tarefa. Resta saber o que faz com que esses docentes se sintam tão despreparados. Essa isenção de responsabilidade encontra ampla justificativa não somente na sobrecarga que lhe é de ofício, e nas condições de trabalho cada vez mais críticas, mas também é imposta pelo tabu que reveste o tema e o medo da ação de traficantes que subjugam comunidades escolares inteiras, ameaçando-as caso se atrevam a romper o código de silêncio, mantendo assim o pacto de denegação. Pode-se inferir que os cursos de capacitação oferecidos não estão sendo capazes de acessar as crenças, opiniões, valores e julgamentos, deixando assim, de promover atitudes positivas nos professores. Este estudo sugere que além da urgente valorização do ofício do professor, esse aspecto seja cuidadosamente observado na elaboração e avaliação dos cursos de formação sobre prevenção em vigor e que se invista em mais estudos sobre esse aspecto tão parcamente explorado pela literatura.

## REFERÊNCIAS

- Amesty, E., & Paéz, D. (2018). Using project-based learning with Venezuelan teachers to enhance teacher attitudes about school-based drug abuse prevention: A control-group comparison study. *Psychology in the Schools*, 55, 969-981. <https://doi.org/10.1002/pits.22159>.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operations of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27-58. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.27>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I., & Cote, N. G. (2008). Attitudes and the prediction of behavior. In W. D. Crano, & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and Attitudes Change* (pp. 289-312). Psychology Press. <https://doi.org/10.1177%2F0146167295211007>.
- Barros, M. A., & Pillom, S. C. (2007). Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. *Escola Anna Nery*, 11(4), 655-662. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000400016>.
- Crano, W. D., & Prislin, R. (2006). Attitude and Persuasion. *Annual Review of Psychology*, 57, 345-374. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190034>.
- Dabiran, S., Khosravi, S., Hatmi, Z. N., & Sheikhvatan, M. (2009). Iranian school teachers: knowledge and attitude toward ecstasy. *International Journal of Adolescence Medical Health*, 21(2), 175-178. <https://doi.org/10.1515/ijamh.2009.21.2.175>.
- Facci, M. G. D. (2019). O adoecimento do professor frente à violência na escola. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(2), 130-142. <https://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5647>.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2014). School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003020.pub3>.

Fejer, D. & Smart, R. D. (1974). The supposed drug information and attitude gap between teachers and students. *Journal of Drug Issues*, 1(4), 107-115. <https://doi.org/10.1177%2F002204267400400202>.

Ferreira, T. C. D., Sanchez, Z., Ribeiro, L. A., Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2010). Percepções e atitudes de professores de escolas públicas e privadas perante o tema drogas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 551-562. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000007>.

GBD 2015 Tobacco Collaborators (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 389, 1885-1906. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30819-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30819-X).

Goffman, E. (1988). Estigma e identidade social. In E. Goffman (Ed.). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (pp. 11-50). Guanabara Koogan.

Gonçalves, W. dos S. (2014). *Atitudes dos profissionais da rede socioeducativa frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo.

Heydari, G., Yousefifard, M., Hosseini, M., Ramezankhani, A. & Masjedi, M. R. (2013). Cigarette smoking, knowledge, attitude and prediction of smoking between male students, teachers and clergymen In Tehran, Iran, 2009. *International Journal of Preventive Medicine*. 4(5). 557–564.

Lee, C. M., Geisner, I. M., Lewis, M. A., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2007). Social motives and the interaction between descriptive and injunctive norms in college student drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 714-721. <https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.714>.

Lima, M. G., Paz, A. A. M., Gussi, M. A. & Dias, R. C. (2010). Perceptions of students about drug consumption and risk factors at a public school in Brasília, Brazil. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 4(1), 59-70. <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i1.942>.

Moreira, F. G., Silveira, D. X., & Andreoli, S. B. (2006). Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 807-816. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300028>.

Moreira, F. G., Silveira, D. X., & Andreoli, S. B. (2009). Knowledge and attitudes related to drug abuse and prevention displayed by public school educators. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 95-100. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000200003>.

Moreira, A., Vóvio, C. L., & Micheli, D. (2015). Prevenção ao consumo abusivo de drogas na escola: desafios e possibilidades para a atuação do educador. *Educação e Pesquisa*, 41(1), 119-135. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022015011670>.

Moor, C., Cookson, K., Elder, J. P., Young, R., Molgaard, C. A., & Wildey, M. (1992). The association between teacher attitudes, behavioral intentions, and smoking and the prevalence of smoking among seventh-grade students. *Adolescence*, 27(107), 565-578.

Nascimento, M. O. do, & De Micheli, D. (2015). Avaliação de diferentes modalidades de ações preventivas na redução do consumo de substâncias psicotrópicas em estudantes no ambiente escolar: um estudo randomizado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2499-2510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.15152014>.

Ohida, T., Osaki, Y., Mochizuki, Y., Sekiyama, M., Kawaguchi, T., Ishii, T., & Minowa, M. (2000). Smoking behaviors and attitudes among school teachers in Mie, Japan. *Journal of Epidemiology*, 10(1), 16-21. <https://doi.org/10.2188/jea.10.16>.

Oliveira, F. M. (2019). *A atitude dos educadores do Distrito Federal frente às drogas e seus usuários*. (Dissertação de Doutorado), Universidade de Brasília.

Passos, I. F., & Lima, I. C. B. F. (2013). Drug policy: what impact does it have on children and youth?. *Psicologia & Sociedade*, 25(spe), 111-121. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000500013>.

Peluso, E. T. P., & Blay, S. L. (2008). Public perception of alcohol dependence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 19-24. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000100004>.

Poldrugo, F., Modonutti, G. B., & Buttolo, R. (1986). Attitudes toward alcoholism among Italian future teachers and health professionals. *Drug and Alcohol Dependence*, 17(1), 31-36. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(86\)90033-5](https://doi.org/10.1016/0376-8716(86)90033-5).



Prislin, R., & Crano, W. D. (2008). *Attitudes and attitude change: The fourth peak*. In W. D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Frontiers of social psychology. Attitudes and attitude change* (p. 3-15). Psychology Press.

Queiroz, I. S., Gomes, A. P., Reis, A. L., Knupp, D. F. D., & Aquino, C. R. (2014). Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas. *Saúde em Debate*, 38(100), 80-93. <https://doi.org/10.5935/0103-104.20140005>.

Ronzani, T. M., & Andrade, T. A. (2006). A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. *Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas* (pp. 25-32). SENAD.

Silva, A. F., & Souza, A. A. L. (2013). Condições do trabalho escolar: desafios para os sistemas municipais de ensino. *Cadernos de Pesquisa*, 43(150), 772-787. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742013000300003>.

Silva, W. R., & Peres, R. S. (2014). Concepções sobre álcool e outras drogas na atenção básica: o pacto denegativo dos profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 474-487. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000492013>.

Smith, H. W., & Meyer, F. J. (1974). Parent and teacher attitudes toward and knowledge of drug abuse. *Journal of School Health*, 44(3), 152-155. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1746-1561.1974.tb07632.x>.

Soares, R. G., Silveira, P. S., Martins, L. F., Gomide, H. P., Lopes, T. M., & Ronzani, T. M. (2011). Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, 16(1), 91-98. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000100012>.

Thombs, D. L., Gonzalez, J. M., Osborn, C. J., Rossheim, M. E., & Suzuki, S. (2015). Resident assistant training program for increasing alcohol, other drug, and mental health first-aid efforts. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 16(4), 508-517. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0515-x>.

Tolan, P., Szapocznik, J., & Sambrano, S. (2007). *Preventing youth substance abuse: Science-based programs for children and adolescents*. American Psychological Association.



Vargas, D., & Luis, M. A. V. (2008). Development and validation of a scale of attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(5), 895-902. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500016>.

Vedovato, T. G., & Monteiro, M. I. (2008). Perfil sociodemográfico e condições de saúde e trabalho dos professores de nove escolas estaduais paulistas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 291-297. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200012>.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

Wong, M. R., & Zimmermann, R. (1974). Changes in teachers' attitudes toward drugs associated with a "social seminar" course. *Journal of Drug Education*, 4(4), 361-367. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2190/J8BU-2FCC-418B-80JA>.

# CORPO MARCADO E ENCARCERADO: Automutilação em ambientes confinados<sup>35</sup>

*Juliana Falcão Barbosa de Araújo  
Terezinha de Camargo Viana*

---

## **Introdução**

Esta pesquisa tem como ponto de partida uma experiência de trabalho com adolescentes em conflito com a lei. Essas adolescentes estavam cumprindo medida socioeducativa na Unidade de Internação de Santa Maria (UISM), no Distrito Federal. Ao longo dos dois anos de trabalho atendendo adolescentes em privação total de liberdade, tivemos casos de automutilação acontecendo dentro da instituição. Algumas adolescentes se cortavam e se machucavam de formas diversas, por motivos também diversos, e esses episódios costumavam gerar movimentos diferentes na instituição, entre as equipes profissionais e as demais adolescentes. A partir do trabalho de escuta às internas que se mutilavam, algumas questões foram postas em relevo. Este texto tem como objetivo investigar e refletir sobre especificidades da automutilação em um contexto de confinamento, suas peculiaridades, sua incidência e seus efeitos.

A experiência em uma Unidade de Internação para adolescentes infratores mostrou que, à semelhança da experiência na clínica particular, os adolescentes aprisionados também se cortam e se machucam. Uma das questões iniciais referiu-se à indagação sobre se os atos de automutilação dentro de ambientes confinados seriam mais frequentes do que fora deles ou se há algo em relação a estar confinado, que impulse esse tipo de “saída” para o sujeito adolescente.

Neste estudo pretendemos abordar a adolescência, de modo geral, mas também – e mais especificamente – a adolescência marginalizada, retirada do convívio social por afrontar a ordem vigente, a lei. A experiência com adolescentes em conflito com a lei aponta para questões que são próprias e comuns a todas as adolescências, a esse período peculiar da vida do sujeito, mas aponta também para questões que são específicas dos sujeitos adolescentes que se encontram à margem.

De acordo com Rosa e Vicentin (2012), a adolescência é caracterizada como um período de intenso trabalho psíquico, subjetivo e relacional,

---

35 Este capítulo é um recorte da pesquisa de doutoramento de Juliana Falcão, sob a orientação da Profa. Dra. Terezinha Viana. A pesquisa foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, da Universidade de Brasília, com financiamento pela CAPES. A proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (Parecer Consubstanciado do CEP nº 2.399.334).

geralmente desencadeado pela entrada na puberdade. “Este é um período de trabalho necessário para produzir um cidadão com autonomia, engajamento e capacidade de escolha. O sujeito adolescente é, então, pessoa em desenvolvimento de sua capacidade de amar e trabalhar criativamente” (p. 41).

## Adolescência e ato

Uma possível leitura para pensar sobre a automutilação é tomá-la como um *ato*. Alguns autores na psicanálise (Costa, 2015; Jucá & Vorcaro, 2018) consideram que a automutilação, especialmente quando realizada na adolescência, pode ser uma forma de atuação, como as passagens ao ato ou *acting out*.

A respeito dos *atos* na adolescência, o artigo *Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica*, de Jucá e Vorcaro (2018) apresenta uma reflexão teórica sobre a experiência clínica com adolescentes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial à Infância e à Adolescência (CAPSi). Os jovens chegaram ao CAPSi em função de automutilações, tentativas de suicídio, fugas e impulsividade. Esses eventos são discutidos pelas autoras por meio dos conceitos lacanianos de *acting out* e de *passagem ao ato*. Elas defendem que os atos na adolescência podem ser lidos como um apelo diante dos impasses vivenciados na busca de novos modos de se inscrever no campo social.

Jucá e Vorcaro (2018) partiram de um interesse em entender o que leva os adolescentes a elegerem as atuações como modo de expressão do mal-estar e de apelo dirigido ao outro. As autoras propõem que, ao estudar os atos na adolescência, seja possível analisar os impasses de cada jovem na ampliação dos seus laços sociais, a sua posição na relação com o Outro, e a cultura contemporânea na qual estão inseridos. Ademais, frisam a importância de aprofundar o olhar no caso a caso.

Comumente, através de seus atos, denunciam algo que não vai bem em sua relação com os outros. Traduzem em ação o que, naquele momento, não cabe em palavras. Quando falam, revelam-se questões recorrentes sobre: a imagem corporal, a posição diante do sexo, o apartar-se de seus pais (ou dos que ocuparam o lugar do Outro primordial). [...] Na clínica, nosso desafio é justamente auxiliar o adolescente na sua travessia, sem que se pague um preço tão elevado, por vezes, colocando em risco sua própria vida (Jucá & Vorcaro, 2018, p. 249).

As autoras trabalham com a compreensão de que a adolescência nos revela algo do seu tempo, fazendo uma reflexão sobre os motivos pelos quais os atos se tornaram tão recorrentes na clínica com adolescentes hoje. Se temos uma repetição que não é apenas de um, mas que se apresenta como

sendo pertencente a vários de uma mesma geração, é preciso atentar para o que está sendo denunciado acerca do campo social no qual os adolescentes estão inseridos. A adolescência denunciaria, então, algo que pertence a nosso tempo e a nossa cultura (Jucá & Vorcaro, 2018).

O ato tem dimensões ou apresentações distintas. Na psicanálise, encontramos a distinção entre *acting out* e *passagem ao ato*. Nessa última modalidade do ato encontra-se um certo desvanecimento do sujeito, enquanto o *acting out* é algo que se mostra na conduta do sujeito (Jucá & Vorcaro, 2018).

A ênfase demonstrativa de todo *acting out*, sua orientação para o Outro, deve ser destacada” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 129). Concordamos com Alberti (2009) que, entre adolescentes, vemos com muita frequência *actings*; apelo dirigido ao Outro; no entanto, nenhuma generalização apriorística é possível fazer – a clínica continua soberana (Jucá & Vorcaro, p. 250).

Em 2012 foi publicada uma importante coletânea organizada por Rose Gurski, Miriam Debieux Rosa e Maria Cristina Poli, intitulada *Debates sobre a adolescência contemporânea e o laço social*, que apresenta questionamentos e reflexões acerca dos modos de viver a adolescência contemporânea e discussões sobre o laço social em nossa época. O livro<sup>36</sup> compila dez artigos de diferentes psicanalistas implicados no trabalho com adolescentes na clínica e em outros espaços, tais como instituições e projetos sociais.

Sobre o referido livro, Barbosa e Lang (2015) identificam que, como em quase toda coletânea, é possível ler cada texto separadamente, em qualquer ordem. No entanto, ao ler o livro de forma contínua, identificam-se alguns fios que interligam os trabalhos. Ao mesmo tempo em que se pode lê-lo despreziosamente como um mergulho prazeroso nas diferentes nuances do universo adolescente, ele pode ser lido também como matéria de estudo, pela sua consistência teórica e clínica. Enquanto material de estudo, percebe-se que há uma coerência sistematizável, dentre os muitos temas que os autores abordam. E é nessa possibilidade sistematizável que se podem destacar alguns eixos que unem os dez artigos.

Um dos eixos que aparecem no livro – e o que pretendemos destacar aqui – é o quarto eixo, identificado como *a função do ato* na adolescência, que pode aparecer em forma de passagens ao ato, atos performativos, atos

36 Em 2015 publicamos uma resenha deste livro, cuja referência é: Barbosa & Lang (2015). Debates sobre a adolescência contemporânea e o laço social (Resenha). In *Estilos da Clínica*. São Paulo. V.20. n.2. mai./ago. 339-345.

simbólicos. Um ato é algo que marca uma posição, ou ainda, uma mudança de posição subjetiva (Barbosa & Lang, 2015).

Tomamos uma citação de Rosa e Vincentin (2012) para melhor definir o que estamos delimitando como *ato*, neste eixo. “Há atos que cifram o discurso, ainda que sem palavras, quando o atuar estabelece vínculos e permite o encadeamento associativo. O ato cria uma cena no real que encena o desejo e abre a possibilidade de ser falado pelo Outro. Trata-se de um apelo de reconhecimento [...]” (p. 46).

Pensando no ato como algo que muda a posição do sujeito no discurso, podemos identificar formulações neste sentido no texto de Lo Bianco e Costa-Moura (2012), parte da mesma coletânea. O artigo *Escrever nas coisas: a utopia contemporânea na linguagem dos adolescentes* aborda as pichações de rua feitas por adolescentes. As autoras se baseiam nas análises de Walter Benjamin sobre as transformações do discurso para discutir os efeitos subjetivos destas. As pichações possuem uma discursividade própria e funcionam como uma espécie de subversão do funcionamento da linguagem. Elas frisam que o grafite “Priva a palavra de seu *uso* (como mercadoria usada para trocas) e a insere numa ordem em que, estando livre da prisão de ser útil, a palavra pode existir como puro ato (escritura expressiva) apostado nos muros da cidade” (p. 97. Grifo das autoras).

## **Automutilação em ambientes confinados**

### ***A Unidade de Internação de Santa Maria (UISM) – Distrito Federal***

As formulações apresentadas neste ensaio partiram de questões levantadas ao longo do trabalho enquanto psicóloga atendendo, durante dois anos, adolescentes do sexo feminino em conflito com a lei. Entre julho de 2014 e julho de 2016 foram registrados em cadernos os atendimentos a adolescentes que estavam cumprindo medida socioeducativa na Unidade de Internação de Santa Maria (UISM), no Distrito Federal. Em 2018, foi efetivado um breve retorno à UISM para realizar entrevistas com algumas adolescentes que se machucavam dentro da Unidade. Essas entrevistas foram realizadas em conformidade com os princípios éticos e condições para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e com a Resolução CFP nº 016/2000. A proposta foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências

Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (Parecer Consubstanciado do CEP nº 2.399.334).

As entrevistas foram realizadas com adolescentes do sexo feminino internadas na Unidade de Internação de Santa Maria – Distrito Federal, com idades entre 13 e 20 anos, em cumprimento de medida socioeducativa de internação estrita e de internação provisória. Foram entrevistadas adolescentes que tivessem apresentado, ao longo da internação, ao menos um ato de automutilação. As entrevistas foram semiestruturadas, a fim de permitir maior abertura para a fala do sujeito. O registro das entrevistas foi feito por meio de anotações e gravações em áudio, mediante o prévio consentimento das adolescentes, por meio de assinatura do Termo de Assentimento – TA, elaborado em linguagem acessível para adolescentes.

As entrevistas se articularam aos registros realizados ao longo do tempo de acompanhamento das adolescentes para pensarmos sobre a automutilação em ambientes confinados. Essas elaborações estão contidas neste texto na forma de alusões e referências à medida em que vamos costurando as experiências e os discursos das adolescentes à literatura sobre o assunto.

Para uma breve contextualização, é importante destacar que a internação é a medida mais rígida dentre as instituídas pela lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – Sinase (Lei nº 12.594/12), que diz respeito à aplicação e execução de medidas socioeducativas a adolescentes autores de ato infracional. A medida de internação é de total restrição de liberdade e pode ser aplicada a adolescentes entre 12 e 20 anos<sup>37</sup>, por um período máximo de 3 anos. A cada 6 meses, a partir do início do cumprimento da medida, é enviado um relatório avaliativo, construído por todos os profissionais que atuam junto à adolescente (equipe sociopsicopedagógica, de saúde e de segurança).

Ao longo desse período de dois anos, tivemos alguns casos de automutilação dentro da Unidade, alguns mais severos que outros. A experiência de atender casos de automutilação na Unidade de Internação permitiu um contato mais próximo com esses casos, visto que aconteciam *in loco*. Essa proximidade permitia apreender a mobilização das equipes profissionais e das outras adolescentes internadas e os discursos que circulavam sobre esses episódios. Os casos de automutilação que surgem nesse contexto de confinamento, em geral, são tratados com grande alarde e como sinais de patologia pelas equipes que acompanham as adolescentes. Além de serem tratados como sinais de patologia, frequentemente os atos de automutilação

37 As medidas socioeducativas são para adolescentes até os 18 anos. Contudo, se uma adolescente for apreendida pouco antes de completar 18 anos, por exemplo, ela pode continuar cumprindo a medida até os 20 anos. Aos 21, ela é obrigatoriamente desligada do sistema socioeducativo.

das adolescentes são vistos como simulação e tentativa de chamar atenção ou manipular os profissionais que as atendem.

As tentativas de silenciar esses atos autoagressivos vão desde o encaminhamento a psiquiatras para prescrição de medicamentos às críticas diretas feitas pelas equipes em decorrência da suposta tentativa de manipulação por parte das adolescentes. Existe, ainda, um receio por parte das equipes de segurança de que as adolescentes anunciem que foram agredidas pelas agentes de segurança e que as marcas no corpo seriam a prova concreta dessa agressão.

### ***Suicídio e automutilação em sujeitos privados de liberdade***

É consenso entre várias pesquisas (Völlm & Dolan, 2009; Inch, Rowlands & Soliman, 1995; Hawton et al., 2014) que os índices de automutilação e suicídio têm aumentado, tanto na população em geral, quanto em ambientes prisionais. O aumento dos casos de automutilação e de suicídio em prisões tem sido uma preocupação em alguns lugares do mundo. Destacamos o Reino Unido como uma região que tem investido em pesquisas nos ambientes prisionais, com o objetivo de tratar e diminuir os índices de suicídio e automutilação nos presídios e nas unidades de internação para adolescentes.

Em decorrência de visita técnica realizada a King's College London, em setembro de 2017, foi possível ter uma maior facilidade de acesso a publicações e pesquisas a respeito do assunto, assim como conversar com algumas pessoas envolvidas em estudos sobre automutilação, tanto na população geral, especialmente casos que chegam a hospitais, quanto em populações carcerárias. O professor anfitrião da visita, Prof. Dr. Dennis Ougrin, é uma referência nos estudos sobre a automutilação na Inglaterra, no campo da psiquiatria. Assim, buscamos em alguns artigos ingleses dados e elaborações sobre casos de automutilação dentro de presídios e unidades de internação para adolescentes.

Inch et al. (1995) enfatizam que houve um aumento considerável no número de suicídios de jovens adultos em ambientes confinados, no entanto, esses casos recebem pouca ou nenhuma atenção. Na década de 80, o número de suicídios em presídios duplicou no Reino Unido e, o que chamou a atenção dos autores, foram as declarações das unidades administrativas dessas instituições, tratando o problema de forma complacente e defensiva. O foco, naquele momento, acabou sendo nos procedimentos formais, ao invés de uma reflexão sobre o funcionamento das instituições.

No Reino Unido, o problema do suicídio nos jovens é reconhecido nacionalmente como um tópico de prioridade, com uma orientação nacional para identificar os grupos específicos de alto risco. A Estratégia Nacional de

Prevenção do Suicídio reconheceu aqueles no sistema de justiça como parte de um dos grupos mais vulneráveis (Knowles et al., 2011).

Embora o foco da nossa pesquisa seja a automutilação em adolescentes privadas de liberdade, buscamos pesquisas que também abordam a automutilação em adultos que estão presos. Embora as prisões para adolescentes guardem algumas diferenças fundamentais em relação às prisões para adultos, entendemos que a experiência de estar confinado e a cultura prisional tem semelhanças importantes e o entendimento pode ser estendido aos dois ambientes.

Sobre a relação do encarceramento de adultos e de adolescentes, podemos fazer aproximações entre as experiências nos dois sistemas – prisional e socioeducativo. Débora Diniz, antropóloga, professora e pesquisadora da Universidade de Brasília, realizou uma pesquisa com as mulheres presas na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (conhecida como “Colmeia”) e, segundo os dados que encontrou, uma em cada quatro presas passou por unidades de internação na adolescência (Diniz, 2015).

Ressaltamos que são muitos os termos usados para descrever aspectos do contexto prisional. Faremos uma distinção de termos para nos referirmos especificamente aos locais em que adultos e adolescentes ficam confinados. Para adolescentes, utilizamos o termo adotado no Brasil, *unidade de internação*, para nos referirmos ao lugar onde o adolescente cumpre a medida socioeducativa de privação total de liberdade. *Presídio* ou *prisão* serão utilizados quando citarmos dados de pesquisas realizadas com adultos. Contudo, termos como encarceramento, ambiente prisional, confinados, presos, internos etc., serão utilizados para nos referirmos aos dados de pesquisas tanto de adolescentes quanto de adultos.

A relação da automutilação com o suicídio é alvo de muitos debates. Desde as primeiras publicações científicas sobre automutilação, questiona-se se esta pode ser considerada dentro de um mesmo campo ou se possui propósitos distintos, mas com riscos semelhantes. No âmbito da psiquiatria, no qual se trabalha com a ideia de que alguns comportamentos são preditores de outros, discute-se se um sujeito que se mutila pode estar sinalizando uma possível tentativa de suicídio futura. Há divergências entre os autores no que concerne à relação entre automutilação e suicídio.

Como o objetivo da maioria das pesquisas é entender a automutilação e o suicídio nos ambientes prisionais para poder preveni-los, é importante investigar a relação entre esses dois atos e se um pode prever o outro. Keith Hawton, professor da Universidade de Oxford, é um autor importante no campo dos estudos da automutilação. Em 2014 ele publicou uma pesquisa extensa sobre a automutilação em ambientes confinados e analisou casos de automutilação em adultos (homens e mulheres) de todas as prisões da Inglaterra e do País de Gales, durante um período de seis anos, em um estudo de caso-controle.



O método da pesquisa de Hawton et al. (2014) consistiu na análise de todos os registros de episódios de automutilação nos anos de 2004 a 2009. A partir desses dados, foi feita uma comparação (caso-controle) de presos que se mutilaram e aqueles que não o fizeram. Ademais, os presos que se mutilaram e morreram posteriormente por suicídio na prisão foram comparados com outros presos que se mutilaram, mas não morreram.

Hawton et al. (2014) enfatizaram que a automutilação e o suicídio são comuns em prisões, mas faltam informações sobre a extensão e as características das pessoas em risco ou mais suscetíveis a cometerem tais atos. Existe, ainda, a necessidade de uma maior compreensão acerca da frequência com que a automutilação é seguida pelo suicídio. Além da prevalência, foram estudados os fatores de risco associados, os efeitos de aglomeração ou de contágio, e o risco de suicídio subsequente à automutilação.

Para Menninger (1938/1966), os automutiladores estavam tateando e buscando um meio de se autocurar e autopreservar, e não tentando acabar com a própria vida. Favazza (1996) corrobora essa observação completando que o suicídio é uma saída em direção à morte, um ato de fuga, enquanto a automutilação é uma reentrada em um estado de normalidade, um ato mórbido de regeneração.

Le Breton (2010) segue na mesma linha, afirmando que os atentados à integridade corporal, em princípio, em nada dizem respeito à hipótese de morrer. Para ele, “as incisões, as escarificações, as queimaduras, as agulhadas, os cortes, os esfolamentos, as inserções de objetos sob a pele não são um indício de uma vontade de se destruir ou de morrer. Não são tentativas de suicídio, mas tentativas de viver” (p. 28).

Na Unidade de Internação de Santa Maria, algumas adolescentes se engajavam tanto em automutilações quanto em tentativas de suicídio. Algumas relatavam que, quando sentiam vontade de morrer, ao invés de tentar suicídio, elas se machucavam, para obter algum alívio. Essas falam inferem que um ato pode substituir o outro ou que a automutilação pode funcionar como uma forma de atenuar um impulso de tentar suicídio.

Enquanto Menninger (1938/1966), Favazza (1996) e Le Breton (2010) concordam acerca da relação entre automutilação e suicídio, defendendo que cada uma possui propósitos e características distintas, esse entendimento não é consenso entre os autores que pesquisam sobre a automutilação. O estudo de Kenny et al. (2008) também contribui para o debate sobre a relação entre suicídio e automutilação, seguindo em uma direção oposta ao afirmar que automutilação e suicídio têm uma relação muito próxima.

Alguns pesquisadores argumentam que estas são entidades clínicas distintas que diferem em letalidade, intenção e manifestação (Favazza & Rosenthal, 1993), enquanto outras (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004) argumentam que a automutilação deve ser considerada no mesmo espectro (*continuum*) do suicídio, citando evidências de que as pessoas que se mutilam relatam também ideias suicidas e têm um histórico de pelo menos uma tentativa de suicídio (Stanley, Winchel, Molcho, Simeon e Stanley, 1992). Para essa população de jovens infratores, o suicídio e a automutilação foram concomitantes, o que suporta a ideia de um *continuum*, pelo menos nesta população de jovens infratores encarcerados (Kenny et al., 2008, p. 377).

Uma pesquisa brasileira também analisou a relação entre automutilação e suicídio no meio prisional. A pesquisa de Caldas et al. (2009) foi realizada em uma penitenciária feminina na cidade do Recife-PE e tem uma forte relação com a nossa, no entanto, esta não levou em consideração as especificidades da adolescência, visto que foi realizada com mulheres adultas. O estudo intitulado *Condutas autolesivas entre detentas* teve como objetivo analisar a automutilação entre detentas<sup>38</sup> da Colônia Penal Feminina do Recife, além de compreender a especificidade da autolesão na situação de privação de liberdade. Teve como objetivo, ainda, a formulação de estratégias de intervenção que diminuíssem a incidência dessa prática.

Analisando-se as respostas de pessoas que afirmaram já terem se machucado pensando em morrer (37%), verificou-se que essa morte seria uma possível saída para uma situação insuportável relacionada ao aspecto depressor que o próprio ambiente prisional traz. Esse motivo não está ligado necessariamente ao suicídio, mas é uma morte simbólica: apesar de pensar em morrer, não há construção, através da automutilação, de um ato suicida. Além disso, a autolesão também se mostrou ser uma resposta a emoções, havendo uma preparação prévia ao ato, com a escolha de um objeto particular para se ferir, a escolha de uma parte do corpo específica, e até mesmo o anúncio de que haverá um ato autolesivo (Caldas et al., 2009).

Hawton et al. (2014) mantêm uma posição firme defendendo que a automutilação é uma preditora do suicídio em ambientes confinados, levando em consideração os dados de sua pesquisa, que mostraram que mais da metade das pessoas que cometeram suicídio em presídios haviam se mutilado algum tempo antes. Embora nem todos os atos de automutilação possam levar a

38 Compreendemos que existem outros termos mais apropriados atualmente para se referirem às mulheres presas, como “reeducanda”. Contudo, neste trabalho iremos seguir o termo adotado – “detenta” – pelos autores da pesquisa referenciada.

uma posterior tentativa de suicídio, há que se considerar que ambos os atos geralmente são cometidos por pessoas que estão com sofrimento psíquico e que, portanto, demandam cuidados.

### **“Contágio” e identificação**

Alguns autores abordam o aspecto “contagioso” da automutilação. Em português, encontramos os termos “propagação” e “contágio”. Em inglês, geralmente utiliza-se *clustering effect*, que pode ser traduzido como efeito de aglomeração ou de agrupamento. As formulações sobre os “efeitos de aglomeração” em prisões são importantes porque sugerem que mudanças na cultura prisional, no que concerne às formas de gerenciar os episódios de automutilação, podem afetar as taxas e incidências (Hawton et al., 2014).

Ver outra pessoa próxima (na mesma ala, mesmo quarto etc.) se mutilando, parece causar um efeito ou um “estímulo” para que as pessoas experientem se machucar. Algumas adolescentes entrevistadas na Unidade de Internação de Santa Maria falaram abertamente sobre este aspecto, relatando frases do tipo: “Eu vi a fulana se cortando, aí resolvi fazer também, para ver como era”. Contudo, para que uma pessoa seja (ou se torne) um automutilador repetitivo, com diversos episódios, o fator do contágio não parece estar relacionado. Neste ponto, algumas características individuais e subjetivas provavelmente ocupam um papel maior na escolha desta forma de lidar com o sofrimento ou comunicar sofrimento.

Talvez esse aspecto “contagioso” seja o que mais relaciona a automutilação a uma dimensão cultural e a um efeito coletivo. Quando pensamos em sintomas sociais e na relação entre sujeito e sociedade – em especial nos processos de identificação e sugestionabilidade – comumente trazemos à tona o texto *Psicologia de Grupo e a Análise do Ego*, de Freud (1921/1996). No início deste texto, Freud pontua que “[...] desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificado das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social” (p. 81). Neste texto, Freud faz algumas críticas à psicologia social da época (dialogando principalmente com Le Bon). No entanto, o que queremos evidenciar com a referência a este trabalho de Freud, é que ele não concebia a psicanálise como um método que considera apenas o sujeito na sua dimensão psíquica e individual, mas que considera a inserção deste na coletividade, sempre referenciado a um outro e ao laço social.

Baseando-se numa obra de Le Bon, *Psychologie des foules*, de 1855, Freud (1921/1996) comenta que a condição de um indivíduo no grupo é, de certa forma, hipnótica. Ele enfatiza duas causas pelas quais um indivíduo

se modifica num grupo, sendo elas o contágio e a alta sugestionabilidade. Freud enfatiza que estas não se encontram no mesmo plano, de modo que o contágio parece ser uma manifestação da sugestionabilidade. Neste mesmo texto, Freud dá o exemplo de uma crise de histeria vivenciada por uma moça em um internato, a qual foi contagiosa para suas amigas do internato, que passaram a apresentar sintomas semelhantes. Ele afirma que, nestes casos, “o mecanismo é o da identificação baseada na possibilidade ou desejo de colocar-se na mesma situação” (p. 117).

O efeito de aglomeração ou contágio não está presente apenas em ambientes confinados ou com privação total de liberdade. Recentemente, em dezembro de 2017, a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes lançou uma cartilha de prevenção à automutilação, na qual é citada a “característica de contágio (propagação)” no contexto escolar. A cartilha é intitulada *Vamos conversar sobre prevenção da automutilação?* (2017) e o objetivo do material didático é orientar pais, responsáveis, professores e profissionais atuantes na defesa de jovens e crianças. Segundo notícia<sup>39</sup> no site do Senado Federal, as cartilhas devem ser distribuídas nacionalmente e estão disponíveis via internet para a reprodução independente.

Este aspecto também é citado no DSM-5, na descrição sobre a *Autoleção Não Suicida*, no seguinte trecho: “Pesquisas demonstraram que quando um indivíduo que se envolve em autolesão não suicida é admitido em uma unidade de internação, outras pessoas podem começar a se envolver em tal comportamento” (APA, 2014, p. 805).

Em lugares onde se tem contato ou exposição a pessoas que se mutilam, existe um aspecto de imitação ou experimentação. Isso é ainda mais evidente em ambientes onde há adolescentes, levando em consideração um aspecto próprio da adolescência, que é a identificação com os pares e a necessidade, mais acentuada, de pertencimento a grupos. Isso não aponta necessariamente um caráter patológico ou adoecido, mas um funcionamento que faz parte da adolescência e da estruturação do sujeito, que, nesta fase, está se distanciando dos pais e da família e se orientando no mundo e nos grupos ao seu redor.

## Sentidos para a automutilação

A maioria das pesquisas sobre automutilação tem como um dos objetivos principais identificar os sentidos ou as razões pelas quais as pessoas se mutilam. Ao entender o que leva as pessoas confinadas a recorrerem à

39 Recuperado de <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/12/13/cpi-dos-maus-tratos-lanca-cartilhas-contra-suicidio-bullying-e-automutilacao>

automutilação para lidar com algumas situações, é possível tentar desenvolver ou implementar formas mais eficazes de apoio ou tratamento.

A pesquisa de Caldas et al. (2009) na Colônia Penal Feminina do Recife utilizou métodos quantitativos e qualitativos, para análise estatística da incidência e para avaliar aspectos subjetivos que envolvem a automutilação, a partir de entrevistas, questionários e diários de campo. Acerca dos aspectos subjetivos, foram identificadas várias questões relacionadas à automutilação, como: alívio de sofrimento psíquico advindo do ambiente carcerário; raiva de si ou de outros; uso de drogas; tentativas de manipulação para obter vantagens no presídio; tentativas de comunicação e afirmação da individualidade num ambiente coletivo, entre outros.

Do total de participantes, 79% disseram ter se machucado por estar com raiva (de si ou de outros); 74% relataram que o fizeram para aliviar a dor ou sofrimento; e 74% para não machucar outras pessoas. Aquelas que afirmam se machucar para obter vantagens compõem 58% da amostra. Entre essas vantagens, foram citadas nas entrevistas coletivas: ter acesso a local externo ao presídio (através de socorro na ambulância até o hospital mais próximo); a própria atenção diferenciada que se recebe da equipe de saúde; ser levada para a cela restrita, com interesses diversos, como encontrar-se com alguém que esteja lá; ou sair do pavilhão de celas-padrão para fugir de alguém a quem se deve dinheiro (Caldas et al., 2009, p. 578).

Corroborando este aspecto, Völlm e Dolan (2009), que também realizaram uma pesquisa com mulheres em presídios, afirmaram que a grande maioria das mulheres, 75%, relatou que a automutilação teve o propósito de aliviar sentimentos desagradáveis de raiva, tensão, ansiedade ou depressão, e não de atrair a atenção.

## **Implicações clínicas, intervenções e prevenção**

A população carcerária recebe pouco investimento (Völlm & Dolan, 2009; Hawton et al., 2014; Kenny et al., 2008). O pouco investimento diz respeito tanto à quantidade de pesquisas realizadas nesses ambientes quanto à pouca atenção dos serviços públicos de saúde acerca das necessidades das pessoas presas.

Alguns autores (Kenny et al., 2008; Völlm & Dolan, 2009) enfatizam as limitações da abordagem de identificação de risco. Segundo eles, a identificação de risco pode levar a medidas inadequadas na forma de tratar os adolescentes que se mutilam. Por exemplo, isolar os adolescentes que se machucam provavelmente aumentará o seu desespero, ao invés de aliviá-lo, e qualquer abordagem que procure usar a identificação de risco como sua ferramenta principal sem abordar os fatores subjetivos da automutilação talvez esteja condenada a ser malsucedida.

O preenchimento de formulários ou a realização de questionários podem dar a impressão de que algo está sendo feito, mas, ao mesmo tempo, o preenchimento de formulários não impedirá os suicídios e as automutilações se as causas fundamentais não forem analisadas. Essas causas incluem o problema da violência e da intimidação entre os adolescentes internados, assim como os estresses associados ao isolamento da família e dos amigos. Outro fator importante a ser considerado é acerca da relação – muitas vezes conflituosa – entre internos e equipes profissionais (Inch et al., 1995).

Hawton et al. (2014) enfatizam que é necessário um investimento maior na saúde mental nos presídios, garantindo que o financiamento para a saúde mental nesses ambientes seja pelo menos equivalente ao da comunidade em geral. O cuidado com a saúde mental nesses ambientes tem sido, em grande parte, realizado pelos próprios funcionários da prisão (como os agentes de segurança) e não inclui necessariamente profissionais de saúde mental. O envolvimento da equipe de segurança é apropriado e de extrema importância, portanto é necessário aumentar a conscientização das equipes profissionais e promover treinamento adicional e específico. Contudo, em casos mais graves e repetitivos, o tratamento médico e psicológico deve ser oferecido.

Inch et al. (1995) pontuam que as pesquisas nessa área costumam enfrentar grandes dificuldades. Eles relataram que muitos funcionários cooperaram bem e estavam interessados no assunto, enquanto outros se mostraram menos interessados, demonstrando desprezo e desinteresse. Na Unidade de Internação de Santa Maria também foi possível verificar formas diferentes adotadas pelos profissionais nos casos de automutilação. Aqueles que acreditavam que tudo não se passava de uma tentativa de manipular as equipes, entendiam que não havia nada a se fazer, a não ser ignorar ou mesmo punir estes casos. Este aspecto punitivo já foi alvo de discussão entre equipes, com o seguinte questionamento: “É pertinente punir uma adolescente que faz algo contra si mesma? É legítimo punir uma pessoa por atentar contra a própria vida?”. As prisões e unidades de internação costumam possuir regimentos acerca do que é considerado transgressão dentro da instituição e o que é passível de punição.

Alguns exemplos de atos de indisciplina que constam nos regimentos são: agressão a outras internas ou a membros da equipe; recusa em realizar algum procedimento (de revista, por exemplo); porte de drogas dentro da unidade; porte de objetos não permitidos (em geral aqueles que podem ser utilizados para agredir outras pessoas); xingamentos e ameaças dirigidos a quaisquer pessoas dentro da instituição; dano ao patrimônio público. Alguns exemplos de punição incluem: redução do tempo de “banho de sol”; restrição em receber alimentos trazidos pela família; restrição de participação em atividades lúdicas ou pedagógicas.

O trecho destacado abaixo retrata uma carta de uma das adolescentes da Unidade de Internação de Santa Maria. A carta foi endereçada à antropóloga Débora Diniz, durante sua pesquisa na Unidade. O trecho da carta que aqui reproduzimos está transcrito no relatório de pesquisa intitulado *Meninas fora da lei: a medida socioeducativa de internação no Distrito Federal*, publicado em 2017, e evidencia o que estamos discutindo acerca da forma de encarar e às vezes punir os atos de automutilação:

“Eu também queria que minhas cicatrizes sumissem. A senhora já viu a que fiz por último? Pode ler, eu sei que a palavra é feia, mas eu queria gritar isso para a agente, mas eu não posso, daí escrevi em mim mesma. Escrever em mim mesma não é proibido, é? Eu não posso escrever na parede, minha perna não é parede. Não é dano ao patrimônio. Parece que donagente ainda está decidindo se eu vou levar medida porque escrevi isso na minha perna. Eu leio para a senhora: ‘foda-se’. Eu escrevi com o copinho do iogurte. As agentes brigaram comigo, mas era o que eu queria dizer, mas se eu falar levo medida e tudo termina no meu relatório. Só não quero atrasar minha vida, quero ir embora. Para onde? Sei lá, nunca pensei, só queria sair daqui. Queria que tudo sumisse. Eu só me acalmo quando eu me corto. Eu não acho que é abstinência. Eu não sinto mais falta da *skama*. Eu estou de medida de quinze dias, não posso ir para o banho de sol. Fico aqui no barraco sem ter o que fazer. Até lembrar de como era minha vida antes daqui eu tô tendo dificuldade, a senhora acredita?” (Diniz, 2017, pp. 43-44).

Consideramos que são necessários mais estudos de grande porte que examinem os diversos aspectos da automutilação na prisão, incluindo uma revisão detalhada dos aspectos subjetivos. Escutar com atenção as pessoas presas que estão se mutilando é fundamental para compreender quais intervenções são pertinentes nessas situações extremas de tentativas de suicídio ou automutilação. A pesquisa de Caldas et al. (2009) teve como um dos focos escutar as mulheres presas acerca de sugestões que elas próprias teriam para abordar esses casos.

Como sugestões das detentas para intervenções que poderiam diminuir o número de ocorrências de automutilação, foram citadas: atendimento psicológico, com 37,9%; diminuição do uso de drogas, com 17,2%; ter orientação religiosa; receber mais atenção dos funcionários; ser solta, com 10,3% cada; e ter mais contato com a família, com percentual de 7%. Outras 7% afirmaram acreditar que nada poderia diminuir os casos de autolesão na penitenciária (Caldas et al., 2009, p. 578).



Podemos entender a ideia do atendimento psicológico como espaço para acolhimento, expressão da individualidade em meio à coletividade e como uma das poucas possibilidades de expressão num ambiente de encarceramento. Como esses foram os motivos mais citados, é compreensível que a taxa de respostas para esse item seja a mais alta (Caldas et al., 2009).

Em ambientes confinados, as possibilidades de expressão ficam reduzidas. Quando entram na instituição, as adolescentes são destituídas de muitas insígnias, muitos atributos simbólicos que servem para que as pessoas se diferenciem das demais. Por exemplo, é necessário retirar piercings e colares, pulseiras, brincos. As roupas precisam ser brancas, beges ou cinzas. As únicas insígnias que as identificam e as diferenciam são as tatuagens, presentes na maioria das adolescentes.

O corpo é íntimo. Nas prisões, perde-se algo dessa intimidade, dessa privacidade. Acreditamos que a manipulação do próprio corpo nesses contextos de privação de liberdade fala também de uma tentativa de resgate à intimidade com o próprio corpo e de apropriação do próprio corpo em um contexto em que todos os aspectos da vida e da rotina são controlados. Na prisão, o corpo não parece pertencer a si mesmo, já que é revistado todos os dias, várias vezes ao dia, em todas as suas partes e orifícios. O corpo fica entregue e à mercê dos outros, do Outro, do Estado.

A esse respeito, Le Breton (2013) aponta que as tatuagens e as marcas corporais na prisão traduzem uma resistência pessoal à eliminação da identidade induzida pelo encarceramento, que entrega o tempo e o corpo à investigação permanente dos guardas, da segurança. “Para o detento, simboliza uma dissidência interna, sublinhando que a perda de autonomia é provisória, que o corpo permanece sua posse própria e inalienável, a marca não lhe pode ser subtraída” (p. 40).

## **Considerações finais**

É difícil e controverso propor maior investimento financeiro nas populações carcerárias. Não é à toa que se investe menos, não só no Brasil, mas como tem sido evidenciado nas conclusões de quase todas as pesquisas no Reino Unido. As populações carcerárias são populações de quem, em geral, não se quer saber. São populações de quem a sociedade quer distância. Contanto que esteja fora da vista, está “tudo bem”. Não se pensa que, a longo prazo, essas pessoas vão sair da instituição e retomar o convívio com a sociedade e com suas famílias.



Melhorar o ambiente prisional certamente contribuirá para que os presos saiam mais preparados para uma mudança de vida, que enxerguem perspectivas fora do meio prisional. Isso pode ser uma aposta para a redução nos níveis de reincidência criminal. Muitas pessoas podem pensar que um ambiente prisional “infernai” pode fazer com que as pessoas não queiram mais voltar para lá e se empenhem em mudar de vida. Mas com frequência não é isso que acontece. Um ambiente prisional adoecido provoca mais adoecimento em seus habitantes (Hawton et al., 2014), o que lhes tolhe recursos para que tenham qualquer tipo de comprometimento em mudar de vida quando saírem. A falta de esperança e a violência dentro desses ambientes faz com que as pessoas continuem no mesmo lugar, pois paralisa-as.

Rosa e Vicentin (2012) trazem uma reflexão intensa sobre como são tratados os adolescentes em conflito com a lei. A discussão é importante visto que continua permeando, em círculos diversos, a questão da redução ou não da maioridade penal. Elas enfatizam que, em relação à violência praticada pelos jovens, existe um lado que geralmente fica negligenciado – a violência a que os jovens são expostos. “Ler o discurso sobre a violência no seu avesso significa inverter o enunciado do imaginário social” (p. 55). Assim, poderíamos ler: Jovens são violentos > jovens são violentados.

O trabalho dos profissionais que atuam nas medidas socioeducativas deve passar também pela questão do desejo. Pensamos que é importante provocar os adolescentes a pensar sobre o que eles desejam. Sair do lugar de quem “educa” ou que pune e questioná-los acerca de seus atos e seus desejos. Esses adolescentes muitas vezes nunca foram questionados, não foi dado a eles o lugar de sujeito pensante, desejante, falante. Muitos desses adolescentes passaram suas vidas inteiras à deriva, foram vivendo conforme o fluxo, para onde foram sendo levados. O trabalho das equipes também implica em ajudar o adolescente a fazer uma espécie de travessia, a perceber que ele pode escolher, que ele pode desejar.

Uma das maiores dificuldades no atendimento a esses adolescentes que se encontram internados é ajudá-los a sair da posição de demanda (objetiva), de necessidade, para a posição de sujeito desejante e que pode ter um futuro, ou pode ter planos. No mínimo, na internação existe tempo livre para devanear, refletir, e começar a desejar. Mas é preciso que tenha um outro que os incite a isso, que pergunte, que o desloque da sua posição de vítima da exclusão, ou de autor do ato infracional, de “interno”, e possibilite sua posição de sujeito *adolescente e desejante*. Apesar dos entraves institucionais, que são muitos, é possível realizar um trabalho de escuta aos adolescentes internados. Proporcionar um espaço de fala, em que eles possam nomear esses atos simbólicos

ou colocar palavras nas experiências vividas, pode fazer toda a diferença na construção de um projeto de vida.

Broide (2012) descreve que colocar palavras é nomear conflitos, expressar dificuldades e desejos, é sentir a dor da perda e se deparar com o desamparo. Mas é também encontrar o próprio talento, viver o encontro criativo com o outro, é a possibilidade da arte, do conhecimento, da subsistência econômica e da construção de um projeto de vida. É neste sentido que acreditamos que os cortes, quando acontecem dentro de uma unidade de internação, podem gerar conversa. É preciso que exista um outro que, não apenas olhe para o corpo machucado, mas que incite este corpo machucado a produzir uma narrativa.

## REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artmed.

Barbosa & Lang (2015). Debates sobre a adolescência contemporânea e o laço social (Resenha). *Estilos da Clínica*. São Paulo. 20(2) mai./ago. 339-345. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v20i1p339-345>

Brasil (2012). *Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)*. Lei nº 12.594. Brasília, DF: Senado Federal.

Broide, J. (2012). Adolescência e violência: A criação de dispositivos clínicos no território conflagrado das periferias. Em Gurski, R.; Rosa, M. D.; Poli, M. C. (Orgs.). *Debates sobre a adolescência contemporânea e o laço social* (pp. 123-136). Juruá.

Caldas, M. T., Arcoverde, R. L., Santos, T. F., Lima, M. S., Macedo, L. M. & Lima, M. C. (2009). Condutas autolesivas entre detentas da colônia penal feminina do Recife. *Psicologia em Estudo*. 14(3), 575-582. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000300019>.

Costa, A. & Poli, M. C. (2012). Sexuação na adolescência: Um ato performativo. Em Gurski, R., Rosa, M. D. & Poli, M. C. (Orgs.). *Debates sobre a adolescência contemporânea e o laço social* (pp. 73-84). Juruá.

Costa, A. (2015). *Litorais da psicanálise*. Escuta.

Diniz, D. (2015). *Cadeia: Relatos sobre mulheres*. Civilização Brasileira.

Diniz, D. (2017). *Meninas fora da lei: A medida socioeducativa de internação no Distrito Federal*. LetrasLivres.

Favazza, A. (1996). *Bodies Under Siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. The Johns Hopkins University Press.

Freud, S. (1996). Psicologia de grupo e a análise do ego. *Edição Standard Brasileira das obras completas*, Vol. XVIII. Imago. (Obra original publicada em 1921).

Hawton, K.; Linsell, L.; Adeniji, T.; Sariaslan, A. & Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: An epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *Lancet*. 383: 1147–54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62118-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62118-2)

Inch, H.; Rowlands, P. & Soliman, A. (1995). Deliberate self-harm in a young offenders' institution. *The Journal of Forensic Psychiatry*. 6(1), 161-171. <https://doi.org/10.1080/09585189508409882>

Jucá, V. S. & Vorcaro, A. M. R. (2018). Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica. *Psicologia USP*. 29(2): 246-252. <https://doi.org/10.1590/0103-656420160157>

Knowles, S.; Townsend, E. & Anderson, M. (2011). Factors associated with self-harm in community-based young offenders: The importance of psychological variables. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 22(4), 479–495. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.591415>

Le Breton, D. (2010). Escarificações na adolescência: Uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos* (D. Leitão & M. Maciel, Trad.). Ano 16, n. 33, pp. 25-40.

Le Breton, D. (2013). *Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade*. (M. Appenzeller, Trad.) 6ª ed. Papirus.

Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012. (2012). *Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – Sinase*. Presidência da República. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm)

Lo Bianco, A. C. & Costa-Moura, F. (2012). Escrever nas coisas: A utopia contemporânea na linguagem dos adolescentes. Em Gurski, R.; Rosa, M. D. & Poli, M. C. (Orgs.). *Debates sobre a adolescência contemporânea e o laço social* (pp. 85-101). Juruá.

Menninger, K. (1966). *Man against himself*. Harcourt Brace Jovanovich Publishers. (Obra original publicada em 1938).

Rosa, M. D. & Vicentin, M. C. (2012). Os intratáveis: O exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. Em Gurski, R.; Rosa, M. D. & Poli, M. C. (Orgs.). *Debates sobre a adolescência contemporânea e o laço social* (pp. 39-57). Juruá.

Salles, A. M.; Neto, C. H. A. & Costa, F. B. (2017). *Vamos conversar sobre prevenção da automutilação?* (Cartilha). Brasília-DF. Senado Federal. <https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2017/12/18/vamos-conversar-sobre-prevencao-da-automutilacao/view>

Völlm, B. & Dolan, M. (2009). Self-harm among UK female prisoners: A cross-sectional study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20:5, 741-751. <https://doi.org/10.1080/14789940903174030>

# IMAGEM CORPORAL DE PESSOAS COM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES: apontamentos sobre um estudo em psicoprotética

*Juliana Fákir Naves*

*Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo*

---

Neste capítulo, serão apresentados resultados preliminares de uma pesquisa, empreendida pela primeira autora, em uma instituição de reabilitação brasileira. Inicialmente, traçaremos o novo campo de intervenção e desenvolvimento de saberes, nomeado como ‘Psicoprotética’, que se encontra em expansão no cenário internacional. Em seguida, fundamentos gerais sobre amputação e uso de prótese serão sucintamente abordados, de modo a fomentar reflexões sobre a temática. Mais adiante, os objetivos e os procedimentos metodológicos da referida investigação serão relatados. Tomando como base uma breve análise dos dados já obtidos, também discutiremos contributos para a atuação clínica e o aprimoramento técnico-científico das equipes especializadas.

## **Psicoprotética: delimitando um campo de atuação em reabilitação de pessoas com deficiência**

Circunscrever a noção de deficiência envolve muitos debates, pois conceitos diversos foram formulados no espectro dos modelos construídos ao longo do tempo, a exemplo dos modelos médico, biopsicossocial e afirmativo. A expressão ‘pessoa com deficiência’ foi consagrada pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de 2006. Em essência, estendeu-se o campo conceitual da deficiência para além dos parâmetros biológicos, exclusivamente centrados no corpo físico e suas funcionalidades. Sob essa ótica, a deficiência passou a ser concebida como uma decorrência de barreiras atitudinais e ambientais, que impedem a participação de pessoas com deficiência em igualdade de oportunidades, quando comparadas às demais. É oportuno realçar que a institucionalização dessa mudança paradigmática teve o mérito de propiciar mais iniciativas tanto na esfera sociopolítica, como na esfera científica; e a pesquisa aqui reportada pretende contribuir nesse sentido (Araujo & Queiroz, 2015; Bernardes, 2016).

No Brasil, a Psicologia da Reabilitação desenvolveu-se no âmbito do campo que se instituiu como Psicologia da Saúde. Nas últimas décadas, progressivamente, foram criadas equipes multiprofissionais e o trabalho em equipe interdisciplinar vem sendo instaurado em instituições de reabilitação. No cenário internacional, verificam-se intensas transformações em razão das conquistas sociais e tecnológicas que foram assimiladas pelos setores da saúde. Assim, mais recentemente, estudiosos e profissionais – comprometidos com os avanços de conhecimentos teóricos e práticos relacionados ao processo de reabilitação de pessoas que usam próteses – reconheceram o surgimento de um ramo específico designado como ‘Psicoprotética’. Vale explicar que a Psicoprotética não se resume à protetização. Essa subárea volta-se para a compreensão dos princípios básicos da interação pessoa-ambiente, como também dos fatores facilitadores da adaptação da pessoa com deficiência, incluindo-se o aperfeiçoamento de um complexo sistema de reabilitação em que participam vários atores sociais (como profissionais de saúde, familiares do paciente e membros da comunidade (Bentley et al., 2016; Gallagher, Desmond, & MacLachlan, 2008).

Cabe comentar que a *International Society for Prosthetics and Orthotics* (ISPO) é uma organização que reúne especialistas interessados na criação e aplicação de tecnologias de próteses, órteses e dispositivos auxiliares, visando a assegurar mobilidade, independência e autonomia para as populações. Há muitos anos, a ISPO divulga trabalhos sobre temas atinentes à Psicoprotética na revista *Prosthetics and Orthotics International* e, em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou os *Standards for Prosthetics and Orthotics* (International Society for Prosthetics and Orthotics, 2020).

## **Amputação e protetização: bases biomédicas e epidemiológicas**

Preliminarmente, cumpre esclarecer algumas noções e fundamentos gerais sobre amputação e prótese com o intuito de favorecer uma melhor compreensão do presente relato. Entende-se por amputação, a perda total ou parcial de um membro, resultante de condições clínico-sociais variadas, tais como: doença crônica (exemplo: diabetes e problema vascular), tumor, infecção, traumatismo físico (exemplo: provocado por acidente automobilístico ou laboral) e, até mesmo, malformação congênita. Em saúde, trata-se de uma medida terapêutica e constitui-se como uma cirurgia que visa diminuir a dor e/ou recuperar a funcionalidade corporal (Matos et al., 2018; Milagros, 2020).

Estimativas divulgadas pela *National Health Interview Survey* (NHIS) apontaram que, em 2050, aproximadamente 3.600.000 pessoas viverão com uma amputação nos Estados Unidos (Bentley et al., 2016). No contexto

nacional, as informações ainda são incipientes. Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, mostrou que 1,3% da população apresentava algum tipo de deficiência física; porém, não foram especificados dados sobre amputação (Barbosa et al., 2016; Brasil, 2014; Carvalho et al., 2020).

Denomina-se protetização todo “aparato destinado a substituir parte do corpo que fora perdido” (Simionato et al., 2018, p. 83). A literatura tem destacado a importância do acesso à protetização como parte de um processo abrangente e integral de reabilitação. De um lado, busca-se reduzir os danos ocasionados por uma condição de vulnerabilidade; de outro lado, objetiva-se incrementar a funcionalidade e o bem-estar dos pacientes. Registros históricos revelaram que os primeiros artefatos usados como próteses de membros inferiores datam de 3500-1800 a.C. Notadamente desde a década de 1990, significativos progressos tecnológicos permitiram a confecção de próteses em formatos e materiais que melhor atendem às necessidades das pessoas com deficiência (Day et al., 2019).

## **Perspectivas socioculturais sobre amputação e prótese**

Culturalmente, a amputação pode estar associada à fragilidade e ao enfraquecimento. Na arte literária, personagens como Saci, Capitão Ganchinho, Soldadinho de Chumbo, a garotinha do conto de fadas dinamarquês Os Sapatinhos Vermelhos e Alastor Moody (personagem da coletânea Harry Potter) possuem atributos negativos (tais como: maldade ou fraqueza) e são submetidos a restrições, punições e sofrimentos. Em contrapartida, filmes como ‘Os melhores anos de nossas vidas’ (1946) e ‘O que te faz mais forte’ (2017) constroem personagens que se tornam heróis após uma amputação. Essa narrativa de superação em casos de amputação foi inclusive comentada por Gallagher et al. (2008) na obra *Psychoprosthetics: State of the Knowledge*.

Tendo em vista a concepção social de satisfação/insatisfação corporal, convém lembrar que a mídia induz uma idealização que distancia sobremaneira pessoas amputadas dessa padronização, o que gera mais vulnerabilidade (McComb & Mills, 2020). Diante disso, muitos autores defendem programas socioeducacionais para promover satisfação corporal (Anixiadis et al., 2019; Hawes et al., 2020; Lira et al., 2017).

## **Abordagem psicossocial à pessoa com amputação de membros inferiores: um panorama dos desafios**

Meek (2019) sugere que o acompanhamento psicológico de pessoas com amputação deve incluir técnicas de reestruturação cognitiva para propiciar



reconhecimento e modificação de crenças ‘desadaptativas’. De acordo com Dunne et al. (2014), a adoção, simultaneamente, de diferentes estratégias (exemplo: uso de tecnologia, lazer e aceitação dos próprios limites) permite que pessoas que se caracterizam por mais ‘flexibilidade’ consigam se adaptar à perda corporal com menos prejuízos pessoais. Suporte social percebido tem sido considerado como fator protetor para lidar com as adversidades, ao passo que ‘catastrofização’ e evitação agravam o sofrimento psicológico e comprometem o ajustamento. Especificamente no que concerne à imagem corporal, percebe-se predomínio de trabalhos embasados no referencial da Terapia Cognitivo-Comportamental, mas ênfase é dada aos transtornos alimentares, o que restringe os aportes para a temática focalizada neste capítulo (Harcourt et al., 2018; Meek, 2019).

Bowers (2008) destacou que o ajustamento à amputação pode depender de uma multiplicidade de fatores como: extensão da mutilação ou desconfiguração; emoções desencadeadas pelas mudanças de aparência; tempo transcorrido desde a amputação; percepção de dores; uso ou não de próteses. Para o autor, quanto maior o grau de inconsistência entre o ideal corporal e a realidade da nova aparência, mais efeitos negativos incidirão sobre a autoestima e as relações sociais. Spiess et al. (2014) estabeleceram uma analogia entre a perda de um membro e a morte simbólica de um projeto de vida, em que a perda ‘física’ impõe o luto de experiências – semelhantemente aos estágios de enfrentamento da morte propostos por Kübler-Ross – antes viabilizadas por um corpo sem amputação.

Há evidências de alta prevalência de transtornos psiquiátricos em pessoas com amputação: transtorno depressivo, transtorno de estresse pós-traumático, sensação ou dor do membro fantasma, ansiedade e distúrbio da imagem corporal. Nomeadamente acerca da depressão, pesquisas revelaram indicadores superiores ao restante da população e ampla variação: 20 a 68% (Baby et al., 2018; McKechnie & John, 2014). Segundo Turner et al. (2015) cerca de 15% dos indivíduos apresentavam ideação suicida. Em relação à ansiedade, os estudos identificaram prevalência de 25 a 70% (Crawford et al., 2001; McKechnie & John, 2014).

Alterações cognitivas foram encontradas principalmente em idosos e pacientes com amputações causadas por diabetes ou doenças vasculares ou com pior desempenho em tarefas que requerem funções executivas, capacidade atencional, capacidade visuoespacial e recordação tardia (Frengopoulos, Burley, Viana, Payne, & Hunter, 2017; Frengopoulos, Viana, Payne, & Hunter, 2018; Gozaydinoglu et al., 2019; Lee & Costello, 2017).

A literatura adverte ainda que muitas atividades cotidianas são rotineiras ou automáticas a ponto de haver um “esquecimento” do corpo durante

sua execução. Com o surgimento de uma limitação física, o indivíduo é confrontado com novos problemas na interação com o ambiente, fazendo com que perceba seu corpo como disfuncional. Concomitantemente, a perda do membro exige a ‘conciliação’ de representações cinéticas de diferentes imagens corporais: o corpo anteriormente intacto; o corpo em que houve perda de uma parte do conjunto; e o corpo em que a amputação (com ou sem prótese) está sendo assimilada e ressignificada ao longo do ciclo vital (Benedetto et al., 2002; Yaron et al., 2017).

Embora a função sexual raramente esteja prejudicada após a perda de um membro, investigações têm comunicado insatisfação sexual acarretada por redução do interesse, depressão, ansiedade e distorção da imagem corporal (Verschuren et al., 2016; Woods et al., 2017).

Em síntese, muitas pesquisas alertam quanto aos possíveis prejuízos de uma amputação. Mas, também é consenso na literatura que a abordagem psicossocial pode fomentar a qualidade de vida e o bem-estar tanto dos pacientes como de sua rede sociofamiliar. De fato, o contexto de uma cirurgia dessa natureza é complexo e abarca diferentes etapas, cujas metas terapêuticas devem ser traçadas conjuntamente pelos profissionais e por um paciente que participa de maneira ativa das decisões (Baby et al., 2018; Bergo & Prebianchi, 2018; Burden et al., 2018; Gozaydinoglu et al., 2019).

Matos et al. (2018) descreveram as fases de um programa de reabilitação nestas circunstâncias: a) pré-amputação; b) intervenção cirúrgica; c) pós-amputação; d) reabilitação com protetização; e e) manutenção. As autoras salientaram a relevância das intervenções psicoeducativas, desde as fases iniciais em que se empregam técnicas de preparação psicológica para cirurgia, até o período pós-operatório em que se orienta e se dá suporte especializado para garantir a adesão aos cuidados previstos no processo de reabilitação.

## **Imagem corporal em casos de amputação: um estudo em Psicoprotética**

Considerando os pressupostos anteriormente aludidos, empreendeu-se um estudo transversal qualiquantitativo com o objetivo geral de analisar e compreender a percepção de pessoas submetidas à amputação de membros inferiores sobre imagem corporal. O projeto foi previamente autorizado por Comitê de Ética em Pesquisa e todos os participantes manifestaram concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu em um hospital de reabilitação situado em Brasília (DF), aonde o acompanhamento clínico é feito por uma equipe multiprofissional composta por profissionais de Fisioterapia, Educação Física

e Psicologia, além de técnicos responsáveis pela concepção, moldagem e pelos ajustes dos dispositivos protéticos no setor da Oficina Ortopédica. Selecionou-se uma amostra de conveniência e, por ocasião de um dos atendimentos no serviço, os participantes foram convidados a preencher os seguintes instrumentos:

- Questionário clínico e sociodemográfico – foi elaborado para caracterização dos pacientes quanto a aspectos clínicos e sociodemográficos (exemplo: etiologia, tempo e tipo de amputação, tempo de uso de próteses e reinserção social);
- *Amputee Body Image Scale* (ABIS) – criada em 1997, foi validada para a população brasileira por Ferreira et al. (2018). Contém 20 itens que avaliam a experiência corporal após a amputação. Os escores mais elevados correspondem a distúrbio da imagem corporal;
- *Body Image Quality of Life* (BIQLI) – trata-se de uma escala genérica para avaliação da imagem corporal, construída por Cash e Fleming (2002), que foi validada para a população brasileira por Assunção (2011). Dezenove itens mensuram impacto positivo ou negativo da imagem corporal sobre a qualidade de vida, tais como: bem-estar emocional, convívio social atividade acadêmica e/ou laboral, alimentação, exercícios físicos e sexualidade;
- *Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales* (TAPES) – proposto por Gallagher, Desmond e MacLachlan (2005), este instrumento pondera os processos psicossociais envolvidos no ajustamento da pessoa com amputação em 64 itens organizados em quatro seções: ajustamento psicossocial, restrição de atividades, satisfação com a prótese e experiência da dor. Foi traduzido e adaptado por Matos et al. (2018) para aplicação no contexto brasileiro;
- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) – conhecida como Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, foi validada por Botega et al. (1995). Identifica transtornos de ansiedade e/ou depressão em populações não-clínicas.

Efetuuou-se cálculo de proporções para análise das variáveis categóricas referentes às características clínicas e sociodemográficas. Os valores médios dos escores extraídos com os instrumentos de imagem corporal foram comparados com as variáveis clínicas e sociodemográficas, utilizando-se modelos de regressão linear múltiplo. A associação entre os domínios da HADS e os escores da BIQLI e da ABIS foi estimada pelo coeficiente de correlação de *Pearson*. Os escores dos instrumentos foram expressos em razão de prevalência, considerando-se significativo  $p < 0,05$ .

No que se refere à caracterização clínica e sociodemográfica, a amostra constituída por 64 pacientes, foi majoritariamente formada por homens (62,5%), solteiros (53%), com idade média de 36 anos. O tempo médio de amputação foi de 13,5 anos. A predominância de participantes do sexo masculino convergiu com a literatura que tem afirmado mais exposição desse segmento social a traumas físicos decorrentes de acidentes e acometimento por doenças vasculares (Ali & Haider, 2017; Milagros, 2020; Souza et al., 2019).

A principal causa de amputação foi trauma (42%), seguida por câncer (30%) e correção de deformidade congênita (19%). Tais dados divergem da literatura que apontaram as doenças vasculares como principal etiologia de amputações (Ali & Haider, 2017; Souza et al., 2019; Milagros, 2020). A incidência de casos oncológicos pode ser compreendida na medida em que o serviço pesquisado é referência no tratamento de tumores ósseos, os quais são mais frequentes em adolescentes e jovens adultos. Grande parte das amputações foi transfemoral (acima do joelho) e transtibial (abaixo do joelho): 56,2% e 31,2%, respectivamente.

Constatou-se mais reinserção ocupacional após a amputação (51,5%) em comparação com outros estudos nacionais: 26,8% (Carvalho-Freitas et al., 2018); 10,2% (Guarino et al., 2007) e 8,3% (Dornelas, 2010). O nível de renda também foi superior ao verificado por esses autores e pode estar relacionado ao maior nível de escolaridade da amostra estudada, uma vez que 79,7% informou ter cursado ensino médio ou superior. Mais da metade da amostra recebia benefício governamental (56,2%). Para Dornelas (2010), pessoas com amputação enfrentam dificuldade de retornar ou obter trabalho após a perda do membro, o que pode esclarecer as solicitações por benefícios, como aposentadoria por invalidez.

Nenhuma variável sociodemográfica revelou-se como preditora para retorno à atividade laboral/ocupacional. É preciso comentar que estudos internacionais mostraram maior taxa de retorno ao trabalho para pessoas: a) com nível educacional e renda mais elevados; b) mais jovens; c) com mais tempo de amputação; d) que retornaram às atividades de rotina; e e) que exerciam atividades com menos exigências de desempenho físico (Darter et al., 2018; Journeay et al., 2018).

O escore médio obtido pela escala ABIS foi de  $M = 49,27$  pontos ( $DP = 12,3$ ). Compete salientar que na mensuração feita pela ABIS, quanto maior for a pontuação, maior será o distúrbio da imagem corporal e, na amostra examinada, 84,4% dos respondentes apresentou escores abaixo de 60 pontos, caracterizando uma tendência de imagem corporal positiva, delineada na literatura atual como: apreciação, aceitação e proteção corporal (Castro, 2019; Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Comparativamente, o escore médio calculado, nesta

investigação, foi superior ao escore informado no estudo original ( $M = 33,5$ ). É válido comentar que essa disparidade pode ser explicada pela influência de fatores socioculturais, já que o estudo norte-americano foi executado na década de 1990. Em compensação, esse escore médio foi superior aos valores encontrados em outros países, como França ( $M = 57,1$ ) e Turquia ( $M = 50,6$ ) (Gozaydinoglu et al., 2019; Luthi et al., 2020). Os escores coletados com a escala BIQLI indicaram, igualmente, avaliação positiva ou satisfatória da imagem corporal ( $M = 15,8$ ).

Fatores como gênero, escolaridade, estado civil, idade e tempo de amputação se mostraram preditores significativos para imagem corporal. Avaliações desfavoráveis da imagem corporal foram manifestadas por mulheres, pessoas com menor escolaridade, solteiras, mais velhas e com menos tempo de amputação. A seguir, abordaremos mais detalhadamente alguns desses fatores.

Os resultados foram consonantes com a literatura sobre imagem corporal (não necessariamente voltada para casos de amputação), que vem assinalando mais insatisfação pelo gênero feminino, porquanto mais de 90% das mulheres adultas comunicam dificuldades em algum nível *vis-a-vis* a imagem corporal. Particularmente em pesquisas com pessoas com amputação, essas evidências têm sido confirmadas. Apenas um estudo consultado informou melhor imagem corporal em mulheres, após a perda de um membro (Skopinski et al., 2015). Face ao exposto, é pertinente retomar a influência mediática exercida sobre as mulheres, através da qual são veiculados padrões corporais ideais. Essa idealização social, calcada no binômio satisfação/insatisfação corporal, pode ser exacerbada em casos de amputação, quando existe mais vulnerabilidade pessoal. Tais achados sugerem a necessidade de programas educativos – inclusive com familiares de pessoas que tenham deficiência – de maneira a incentivar a satisfação com o próprio corpo (Anixiadis et al., 2019; Hawes et al., 2020; Lira et al., 2017; McComb & Mills, 2020).

Na prática clínica, exercida pela primeira autora, nota-se que solicitações por prótese com acabamento estético são mais comuns entre mulheres do que homens. Com efeito, uma prótese estética (por exemplo, produzida em espuma da cor da pele da pessoa amputada) pode contribuir para uma sensação de “aparência intacta” e facilitar a participação social, a curto ou longo prazo (Baars et al., 2018; Kristjansdottir et al., 2019).

Maior escolaridade foi outro fator preditor identificado nesta pesquisa. Essa constatação reforça a compreensão de que uma formação educacional mais prolongada pode auxiliar na elaboração de estratégias cognitivas para o desenvolvimento de uma imagem corporal positiva. Vale enfatizar que Gozaydinoglu et al. (2019) associaram um melhor desempenho das funções executivas a uma melhor adaptação à prótese.

No tocante à idade, verificou-se que pessoas idosas relataram pior imagem corporal. Todavia, é necessário cogitar que essa percepção negativa pode estar relacionada também com as mudanças deflagradas pelo próprio envelhecimento (Skopinski et al., 2015).

Etiologia, nível de amputação e renda não foram relevantes na avaliação da imagem corporal, contrariando grande parte da literatura especializada (Liu et al., 2017; Skopinski et al., 2015). Na amostra investigada, a gravidade de uma deformidade não foi suficiente para prever o grau de satisfação corporal do paciente, o que converge com a posição de Heider et al. (2015), ao afirmarem que a satisfação corporal pode estar associada às crenças pessoais acerca da imagem corporal real e ideal.

É preciso explicitar que a escala ABIS possibilita medir comportamentos evitativos que podem estar vinculados a pensamentos distorcidos em relação ao corpo e à interação social. Van Dalen et al. (2020) evocam que indivíduos com “diferenças visíveis” podem ser confrontados com reações negativas de outras pessoas e, por conseguinte, sentem medo de serem avaliados com base nesses aspectos desfavoráveis da aparência, optando por não participar de atividades sociais, tais como festas, esportes ou aparecer em fotos. É indispensável esclarecer que a expressão “diferenças visíveis”, tradução de *visible difference*, foi usada primeiramente por Rumsey e colaboradores em 2004 e tem sido utilizada com frequência em trabalhos sobre imagem corporal para analisar o impacto negativo da aparência física (Jewett et al., 2018; Van Dalen et al., 2020; Vannucci & Ohannessian, 2017). No escopo deste capítulo, não nos deteremos em reflexões críticas sobre o emprego desse termo em reabilitação.

A frequência de comportamentos evitativos indicados pela amostra estudada foi baixa. Os escores variaram de 1,25 a 2,46, sendo que o valor máximo da ABIS é 5. Quando foram reconhecidos pelos pacientes, entre os itens fornecidos pela escala, os comportamentos evitativos referiram-se à avaliação de terceiros sobre sua aparência física (Van Dalen et al., 2020). Esses resultados confirmam a relevância do *feedback* social para adaptação de pessoas com amputação (Ferreira et al., 2014; Hosseini & Padhy, 2019; Neves et al., 2017; Yaron et al., 2017).

Sob esse prisma da evitação social, é essencial ponderar sobre o bem-estar sexual. Contudo, a maior parte das pesquisas acerca da sexualidade humana envolve pessoas jovens e poucas investigações têm sido produzidas com outras populações (Gillen & Markey, 2018). Cash (2002) comentou que a atividade sexual supõe interações que podem potencializar preocupações com a aparência, assim como se intensificar em condições como a amputação e o uso de prótese. Consequentemente, pode haver diminuição ou insatisfação da

atividade sexual e elevação da ansiedade e da depressão, sendo que a literatura denota mais dificuldades entre as mulheres, destacando-se a importância da participação dos cônjuges/parceiros (Khan et al., 2019; Woods et al., 2017).

Apenas 16,6% dos participantes apresentou sintomas de ansiedade e 11,6% de depressão, índices inferiores aos informados em outro estudo sobre amputação: 25 a 57% de transtornos de ansiedade e 35 a 51% de transtornos depressivos (McKechnie & John, 2014). Todavia, na investigação aqui relatada, a prevalência foi maior quando comparada aos casos de ansiedade e depressão da população brasileira: 9,4% e 5,8%, respectivamente. A exemplo de outros trabalhos, foi possível correlacionar os indicadores de imagem corporal com ansiedade e com depressão (Burden et al., 2019; Ferreira et al., 2014; Gozaydinoglu et al., 2019; Hosseini & Padhy, 2019; Neves et al., 2017; Vannucci & Ohannessian, 2018; World Health Organization, 2017).

Mediante a aplicação da TAPES, foram auferidos resultados mais expressivos de ajustamento geral = 3,2 e ajustamento social = 3,2 do que ajustamento à limitação = 2,9. Presumimos, então, boa capacidade dos pacientes para lidar com as necessidades de vida diária e relações sociais. Ao que parece, mais esforços ainda podem ser empreendidos pela equipe de reabilitação em prol da adaptação à amputação. Outrossim, destacamos que indivíduos que usaram prótese no pós-operatório imediato tiveram um escore de ajustamento geral melhor. Na literatura, não estão disponíveis estudos com pacientes em condições similares, visto que poucos serviços realizam intervenções cirúrgicas nessas condições. Na prática clínica da primeira autora, nota-se que, ao gerar menos impacto para familiares e amigos, tal recurso terapêutico contribui para interações sociais mais desejáveis. Conjecturamos que a prótese imediata pode ser um recurso facilitador do processo de integração da imagem corporal.

Mas, o uso de prótese imediata não foi correlacionado com satisfação funcional. No entanto, é necessário ponderar que, no serviço estudado, a protetização imediata ocorre em cirurgias programadas (como em casos oncológicos), não sendo possível sua execução em pacientes amputados por trauma. É cabível supor que, nos casos oncológicos, pode haver dificuldade de adaptação à prótese em razão das limitações impostas pelo tratamento (exemplo: fadiga que influencia no condicionamento físico para uso da prótese). Pacientes com câncer submetidos à quimioterapia podem necessitar de ajuste frequente do cartucho da prótese, pois o 'coto' sofre variações de volume. Assim sendo, a participação de pacientes oncológicos pode elucidar a diminuição do nível de satisfação protética da amostra.

Por fim, foi possível verificar que uma percepção satisfatória da imagem corporal teve correlação positiva com ajustamento social. Nesse mesmo sentido, Goksenogl e Yildirim (2019) concluíram que usuários de próteses



desenvolvem imagem corporal mais favorável em razão do aumento da mobilidade e melhor adaptação à vida social. Tal como Simionato et al. (2018), podemos cogitar que intervenções com protetização contribuem para o bem-estar dos pacientes amputados.

## **Considerações finais**

Com o propósito de aprimorar os conhecimentos já agregados pela Psicoprotética, sugerem-se estudos de meta-análise. Efetivamente, a problemática da imagem corporal perpassa diversidades culturais, o que estimula planejamento de futuras pesquisas em diferentes regiões geográficas do país. Em complemento à abordagem metodológica empregada nesta investigação, recomendamos a adoção de técnicas observacionais e pesquisa-ação. Mais precisamente, pensamos que será interessante investigar a eficácia das intervenções psicoeducativas destinadas a diversos segmentos populacionais em reabilitação com ou sem protetização.



## REFERÊNCIAS

Ali, S., & Haider, S. K. F. (2017). Psychological adjustment to amputation: Variations on the bases of sex, age and cause of limb loss. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 29(2), 303–307.

Anixiadis, F., Wertheim, E. H., Rodgers, R., & Caruana, B. (2019). Effects of thin-ideal instagram images: The roles of appearance comparisons, internalization of the thin ideal and critical media processing. *Body Image*, 31, 181–190. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.10.005>

Araujo, T. C. C. F., & Queiroz, E. (Eds.). (2015). *Psicologia da Reabilitação. Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas*. Liber Livro.

Assunção, F. F. O. (2011). *Body Image Quality of Life Inventory – BIQLI: Adaptação para o português e validação para pacientes brasileiros, vítimas de queimadura* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de São Paulo.

Baars, E. C., Schrier, E., Dijkstra, P. U., & Geertzen, J. H. B. (2018). Prosthesis satisfaction in lower limb amputees: A systematic review of associated factors and questionnaires. *Medicine*, 97(39). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012296>

Baby, S., Chaudhury, S., & Walia, T. S. (2018). Evaluation of treatment of psychiatric morbidity among limb amputees. *Industrial Psychiatry Journal*, 27, 240–248. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_69\\_18](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_69_18)

Barbosa, B. M. B., Monteiro, R. A., Sparano, L. F., Bareiro, R. F. N., Passos, A. D. C., & Engel, E. E. (2016). Incidence and causes of lower-limb amputations in the city of Ribeirão Preto from 1985 to 2008: Evaluation of the medical records from 3,274 cases. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(2), 317–325. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020009>

Bernardes, L., C. G. (2016). *Bioética, deficiência e políticas públicas: Uma análise a partir da abordagem da capacidade* [Tese de Doutorado em Bioética]. Universidade de Brasília.

Benedetto, K. M., Forgione, M. C. R., & Alves, V. L. R. (2002). Reintegração corporal em amputados e a dor fantasma. *Acta Fisiátrica*, 9(2), 85–89. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20020001>

- Bentley, J. A., Bruyère, S. M., LeBlanc, J., & MacLachlan, M. (2016). Globalizing rehabilitation psychology: Application of foundational principles to global health and rehabilitation challenges. *Rehabilitation Psychology*, 61(1), 65–73. <https://doi.org/10.1037/rep0000068>
- Bergo, M. F. C., & Prebianchi, H. B. (2018). Emotional aspects present in the lives of amputees: A literature review. *Psicologia: Teoria e Prática*, 20(1), 47–60. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n1p47-60>
- Botega, N., Bio, M., Zomignani, M., Garcia Jr, C., & Pereira, W. (1995). Mood disorders among medical in-patients: A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 359–363. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
- Bowers, B. (2008). Providing effective support for patients facing disfiguring surgery. *British Journal of Nursing*, 17(2), 94–98. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.2.28135>
- Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). *Pesquisa nacional de saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
- Burden, N., Simpson, J., Murray, C., Overton, P. G., & Powell, P. (2018). Prosthesis use is associated with reduced physical self-disgust in limb amputees. *Body Image*, 27, 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.001>
- Carvalho, J. S., Sena, A. S., & Barreto Neto, A. C. (2020). Epidemiologia das amputações traumáticas atendidas em hospital público de referência em traumatologia e ortopedia. *Brazilian Journal of Development*, 6(5), 25068–25078. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n5-092>
- Carvalho-Freitas, M. N., Silva, V. A., Tette, R. P. G., Veloso, H. S., & Rocha, P. C. (2018). Retorno às atividades laborais entre amputados: Qualidade de vida no trabalho, depressão e ansiedade. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 18(4), 468–475. <https://doi.org/10.17652/rpot/2018.4.14415>
- Cash, T. F. (2002). Body image: Cognitive behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38–46). Guilford Press.

Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002). Body image and social relations. In T. F. Cash, & F. Pruzinsky (Eds.), *Body images: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 277–286). Guilford Press.

Castro, S. F. S. (2019). *Imagem corporal positiva e emoções nas perturbações do comportamento alimentar* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Crawford, J. R., Henry, J. D., Crombie, C., & Taylor, E. P. (2001). Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 429–434.

Darter, B. J., Hawley, C. E., Armstrong, A. J., Avellone, L., & Wehman, P. (2018). Factors influencing functional outcomes and return-to-work after amputation: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(4), 656–665. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9757-y>

Day, M. C., Wadey, R., & Strike, S. (2019). Living with limb loss: Everyday experiences of “good” and “bad” days in people with lower limb amputation. *Disability and Rehabilitation*, 41(20), 2433–2442. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1467502>

Dornelas, L. F. (2010). *Uso da prótese e retorno ao trabalho em amputados por acidentes de transporte*. *Acta Ortopédica Brasileira*, 18(4), 204–206. <https://doi.org/10.1590/S1413-78522010000400006>

Dunne, S., Coffey, L., Gallagher, P. & Desmond, D. (2014). If I can do it, I will do it, if I can't, I can't: A study of adaptive self-regulatory strategies following lower limb amputation. *Disability and Rehabilitation*, 36(23), 1990–1997. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.885993>

Ferreira, L., Meregui, A. G., Maintenti, M. R. M., Vigário, P. S., & Neves, A. N. (2018). Brazilian portuguese version of the Amputee Body Image Scale: Cultural adaptation and a psychometric analysis. *Perceptual and Motor Skills*, 125(3), 507–524. <https://doi.org/10.1177/0031512518767755>

Ferreira, M. E. C., Amaral, A. C. S., Fortes, L. S., Conti, M. A., Carvalho, P. H. C., & Miranda, V. P. N. (2014). Imagem corporal: Contexto histórico e atual. In M. E. C. Ferreira, M. R. Castro, & F. F. R. Morgado (Eds.), *Imagem corporal. Reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa* (pp. 15–47). Editora UFJR.

- Frengopoulos, C., Burley, J., Viana, R., Payne, M. W., & Hunter, S. W. (2017). Association between Montreal Cognitive Assessment scores and measures of functional mobility in lower extremity amputees after inpatient rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(3), 450–455. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.06.012>
- Frengopoulos, C., Viana, R., Payne, M. W., & Hunter, S. W. (2018). MoCA domain score analysis and relation to mobility outcomes in dysvascular lower extremity amputees. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(2), 314–320. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.09.003>
- Gallagher, P. , Desmond, D., & MacLachlan, M. (2005). A guide to the *Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales – Revised*, 1–10. [http://psychoprosthetics.ie/assets/TAPES-R\\_Guide\\_October\\_2011.pdf](http://psychoprosthetics.ie/assets/TAPES-R_Guide_October_2011.pdf)
- Gallagher, P. , Desmond, D., & MacLachlan, M. (Eds.). (2008). *Psychoprosthetics: State of the knowledge*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-1-84628-980-4>
- Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2018). A review of research linking body image and sexual well-being. *Body Image*, 31, 294–301. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.004>
- Goksenoglu, G., & Yildirim, M. A. (2019). The effect of the level of amputation on depression, body image perception and locomotor capacity in patients using lower extremity prosthesis. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences*, 22(2), 53–59. <https://doi.org/10.31609/jpmrs.2019-66556>
- Gozaydinoglu, S., Hosbay, Z., & Durmaz, H. (2019). Body image perception, compliance with a prosthesis and cognitive performance in transfemoral amputees. *Acta Orthopaedica et Traumatologia Turcica*, 53(3), 221–225. <https://doi.org/10.1016/j.aott.2019.03.014>
- Guarino, P. , Chamlian, T. R., & Masiero, D. (2007). Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores. *Acta Fisiátrica*, 14(2), 100–103.
- Harcourt, D., Hamlet, C., Feragen, K. B., Garcia-Lopez, L. J., Masnari, O., Mendes, J., Nobile, F., Okkerse, J., Pittermann, A., Spillekom-van Koulil, S., Stock, N. M., & Williamson, H. (2018). The provision of specialist psychosocial support for people with visible differences: A european survey. *Body Image*, 25, 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.02.001>

Hawes, T., Zimmer-Gembeck, M. J., & Campbell, S. M. (2020). Unique associations of social media use and online appearance preoccupation with depression, anxiety, and appearance rejection sensitivity. *Body Image*, 33, 66–76. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.010>

Heider, N., Spruyt, A., & De Houwer, J. (2015). Implicit beliefs about ideal body image predict body image dissatisfaction. *Frontiers in Psychology*, 6, 1402. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01402>

Hosseini, S. A., & Padhy, R. K. (2019). *Body image distortion*. in *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546582/#>

International Society for Prosthetics and Orthotics (2020). *ISPO Timeline*. <https://www.ispoint.org/page/history2>

Jewett, L. R., Gumuchian, S. T., Pepin, M., Rice, D. B., Kolorz, F., Harrison, P. , & Thombs, B. D. (2018). Factors associated with negative observer responses towards individuals with visible differences: A scoping review. *Body Image*, 25, 103–132. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.02.007>

Journey, W. S., Pauley, T., Kowgier, M., & Devlin, M. (2018). Return to work after occupational and non-occupational lower extremity amputation. *Occupational Medicine*, 68(7), 438–443. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy091>

Khan, Y. W., O’Keeffe, F., Nolan, M., Stow, J., & Davenport, J. (2019). “Not a whole woman”: An interpretative phenomenological analysis of the lived experience of women’s body image and sexuality following amputation. *Disability and Rehabilitation*, <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1622797>

Kristjansdottir, F., Dahlin, L. B., Rosberg, H.-E., & Varlsson, I. K. (2019). Social participation in persons with upper limb amputation receiving an esthetic prosthesis. *Journal of Hand Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2019.03.010>

Lee, D. J., & Costello, M. C. (2017). The effect of cognitive impairment on prosthesis use in older adults who underwent amputation due to vascular-related etiology: A systematic review of the literature. *Prosthetics and Orthotics International*, 42(2), 144–152. <https://doi.org/10.1177/0309364617695883>

Lira, A. G., Ganen, A. P., Lodi, A. S., & Alvarenga, M. S. (2017). Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(3), 164–171. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000166>

Liu, J., Peh, C. X., & Mahendran, R. (2017). Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: The mediating role of dysfunctional attitudes and rumination. *Body Image*, 20, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.11.001>

Luthi, F., Praz, C., Léger, B., Vouilloz, A., Favre, C., Loiret, I., Paysant, J., Martinet, N., Lacraz, A., Suva, D., Lambert, J., Borens, O., Karatzios, C., & Vuistiner, P. (2020). Cross-cultural adaptation and measurement properties of the French version of the *Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales-Revised* (TAPES-R). *Public Library of Science one*, 15(2), e0229084. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229084>

Matos, D. R., Naves, J. F., & Araujo, T. C. C. F. (2018). Adaptação trans-cultural da *Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales – Revised* (TAPES-R): Avaliação dos processos psicossociais envolvidos no ajuste à amputação e à prótese. *Acta Fisiátrica*, 25(3). <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v25i3a162669>

McComb, S. E., & Mills, J. S. (2020). A systematic review on the effects of media disclaimers on young women's body image and mood. *Body Image*, 32, 34–52. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.10.010>

Mckechnie, P. S., & John, A. (2014). Anxiety and depression following traumatic limb amputation: A systematic review. *Injury – International Journal of the Care of Injured*, 45, 1859–1866. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2014.09.015>

Meek, E. I. (2019). Psychological distress and amputees: Review of predictors and impacts on clinical practice. *International Journal of Science and Research*, 8(2), 1430–1437. [https://www.academia.edu/39001674/Psychological\\_Distress\\_and\\_Amputees\\_Review\\_of\\_Predictors\\_and\\_Impacts\\_on\\_Clinical\\_Practice](https://www.academia.edu/39001674/Psychological_Distress_and_Amputees_Review_of_Predictors_and_Impacts_on_Clinical_Practice)

Milagros, J. (2020). Etiology of amputation. In K. Chui, J. Milagros, Y. Sheng-Che, & M. Lusardi (Eds.), *Orthotics and prosthetics in rehabilitation* (pp. 432–445). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-60913-5.00017-9>

Neves, C. M., Cipriani, F. M., Meireles, J. F. F., Morgado, F. F. D. R., & Ferreira, M. E. C. (2017). Body image in childhood: An integrative literature review. *Revista Paulista de Pediatria*, 35(3), 331–339. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;3;00002>

Simionato, A., Costa, M., Siqueira, L., Galvão, L., Palmeira, A., Froio, J., & Machado, A. (2018). A autoimagem corporal da pessoa amputada mediante o avanço da tecnologia. In A. Ferreira Junior (Ed.), *Desdobramentos da educação física escolar e esportiva* (pp. 78–87). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.581181510>

Skopinski, F., Resende, T. L., & Schneider, R. H. (2015). Imagem corporal, humor e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 95–105. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14006>

Souza, A. B. C., Luza, L. P., Pires, G. K. W., Ferreira, E. G., Dias, S. M. S., & Silva, R. (2019). Satisfação e ajuste à prótese de indivíduos com amputação de membro inferior. *Scientia Medica*, 29(1), e33075. <https://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2019.1.33075>

Spiess, K. E., McLemore, A., Zinyemba, P., Ortiz, N., & Meyr, A. J. (2014). Application of the five stages of grief to diabetic limb loss and amputation. *Journal of Foot & Ankle Surgery*, 53, 735–739. <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2014.06.016>

Turner, A., Meites, T., Williams, R., Henderson, A., Norvell, D., Hakimi, K., & Czerniecki, J. (2015). Suicidal ideation among individuals with dysvascular lower extremity amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(8), 1404–1410. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.04.001>

Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118–129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>

Van Dalen, M., Dierckx, B., Pasmans, S. G. M. A., Aendekerk, E. W. C., Mathijssen, I. M. J., Koudstaal, M. J., Timman, R., Williamson, R. H., Hillegers, M. H. J., Utens, E. M. W. J., & Okkerse, J. M. E. (2020). Anxiety and depression in adolescents with a visible difference: A systematic review and meta-analysis. *Body Image*, 33, 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.006>



Vannucci, A. & Ohannessian, C. M. (2017). Body image dissatisfaction and anxiety trajectories during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(5), 785–795. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390755>

Verschuren, J., Geertzen, J., Dijkstra, P. U., & Dekker, R. (2016). Sexual functioning and sexual well-being in people with a limb amputation: A cross-sectional study in the Netherlands. *Disability and Rehabilitation*, 38(4), 368–373. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1044029>

Woods, L., Hevey, D., Ryall, N., & O’Keeffe, F. (2017). Sex after amputation: The relationships between sexual functioning, body image, mood and anxiety in persons with a lower limb amputation. *Disability and Rehabilitation*, 40(14), 1663–1667. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1306585>

World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders. Global health estimates*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>

Yaron, G., Meershoek, A., Widdershoven, G., Van den Brekel, M., & Slatman, J. (2017). Facing a disruptive face: Embodiment in the everyday experiences of “disfigured” individuals. *Human Studies*, 40, 285–307. <https://doi.org/10.1007/s10746-017-9426-8>





# ESTRATÉGIAS DE APOIO À ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM MOÇAMBIQUE SOB A PERSPECTIVA DA GESTÃO EM SAÚDE

*Bento Saloio Daniel Mazuze  
Ana Cláudia Almeida Machado  
Larissa Polejack  
Joaquim Mário Selemene*

---

## **Introdução**

Este capítulo discute a importância das narrativas em saúde para a compreensão do processo saúde-doença em uma determinada cultura e sua contribuição para a gestão em saúde e para as políticas públicas. Para tanto, aprofunda a análise de entrevista concedida por um gestor de unidade de saúde que atua na província de Gaza, região localizada em Moçambique, onde há a maior taxa de incidência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e pela síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) no país.

O objetivo da entrevista foi conhecer as estratégias utilizadas pela unidade de saúde coordenada pelo entrevistado com vistas à promoção de melhorias nos índices de adesão ao tratamento antirretroviral. A importância do estudo justifica-se pela escassez de informações disponíveis em relação ao trabalho que esses profissionais desempenham, já que, geralmente, o foco das investigações na área recai sobre os pacientes, a despeito da importância de seu papel para o sucesso das ações voltadas ao combate à epidemia.

## ***A infecção por HIV/aids em Moçambique***

Moçambique possui uma das maiores taxas de infecção pelo HIV no mundo. Atualmente, a prevalência de HIV na população de 15-49 anos é de 13,2% (Ministério da Saúde [MISAU], 2019), o que representa um recrudescimento da epidemia no país na última década, já que em 2009 o índice era 11,5% (MISAU, 2010). Segundo consta na mais recente edição publicada do documento (MISAU & Instituto Nacional de Estatística [INE], 2015), das 2,1 milhões de pessoas que viviam com HIV/aids em 2014, apenas 59% conheciam o diagnóstico e só 54% recebiam tratamento antirretroviral (TARV). Tal situação é ainda agravada pelo fato do Serviço Nacional de

Saúde de Moçambique abranger somente 42% do território nacional, o que faz com que a maior parte da população, em especial os mais pobres, não tenha acesso às necessidades básicas de saúde (Vieira et al., 2014).

Em virtude de escassas oportunidades de emprego nessa porção sul do continente africano, trabalhadores migram constantemente entre os países, com especial destaque para o fluxo que há entre Moçambique e África do Sul. Como o vírus HIV encontrou ali condições ideais de transmissão, a situação da epidemia na região da África Subsaariana é fonte de preocupação mundial (MISAU, 2015).

Importante característica da epidemia em Moçambique é o fato de o vírus afetar majoritariamente a população feminina (MISAU, 2019). A pobreza também é fator de risco para a infecção, em especial para as mulheres, que muitas vezes usam a prostituição como forma de geração de renda (Maposse & Seidl, 2019). A prevalência média da infecção por HIV possui diferenças expressivas entre as onze províncias moçambicanas, variando de 5,2% em Tete, localizada na região centro, a preocupantes 24,4% em Gaza, que fica na região sul. Na província de Maputo, principal porta de entrada de estrangeiros e importante fluxo comercial do país, a prevalência alcança 22,9% da população (MISAU, 2019).

Este estudo consiste na apresentação dos principais desafios à adesão à TARV narrados por um gestor público responsável por unidade de saúde localizada em um distrito da província de Gaza, acessados por meio de entrevista baseada na abordagem teórica das narrativas em saúde.

## **As narrativas em saúde**

A narrativa busca relatar um olhar sobre o mundo por meio de um discurso que tanto conta uma história (Bruner, 1997; Damasceno et al., 2018), como exprime um modo de pensar, uma maneira de dar sentido à experiência e, assim, ir-se construindo a realidade. Pode ser real ou imaginária, porém, mesmo quando fantasiosa, não perde seu poder como história (Bruner, 2002). Para que as narrativas transmitam as paixões humanas, sua vida estranha, seus sistemas de símbolos, traumas e contratempos, o narrador deve adotar um estilo de prosa rico e flexível que permita o estabelecimento de contato com a experiência humana mais rica (Reck, 1983; Damasceno et al. 2018).

As histórias de vida compartilhadas por meio das narrativas oferecem uma visão processual – e não estática – da vida cultural, razão pela qual é importante que a experiência narrada seja traçada em forma de uma história contínua (Ochs & Capps, 1996; Diniz & Sá, 2019). Para expressar um ponto de vista, a narrativa pode referir-se tanto a uma sequência de eventos, como

a uma seleção paradigmática ou metafórica que se faz dos mesmos (Langdon, 2001; Orofino & Silva, 2020).

Narrar consiste em contar um acontecimento por meio de uma sequência estruturada que, em sua forma mais simples, possui uma introdução, um desenvolvimento e uma conclusão. Além de permitirem interpretações sobre as causas dos eventos no passado, as narrativas fornecem elementos para ordenar e entender os eventos atuais (Langdon, 2001). As narrativas também projetam as experiências no futuro, já que organizam desejos em formas imaginárias de experiências (Bruner, 1986; Diniz & Sá, 2019; Orofino & Silva, 2020).

As pesquisas qualitativas em saúde utilizam a narrativa como uma forma de mediar experiência e discurso, ação e linguagem, indivíduo e sociedade, e estrutura e acontecimento. No contexto da saúde, as narrativas permitem aprofundar as relações entre estrutura e eventos observados no serviço oferecido, conferindo relevância às múltiplas vozes inseridas no contexto (Baratto & Zanchet, 2018). Podem ser acessadas por diferentes meios, visando atender a diferentes objetivos, e permitem interpretar as realidades sociais, podendo ser mencionadas a entrevista, a observação e as conversas em profundidade (Bauer & Gaskell, 2008).

Os processos narrativos podem provocar mudanças sociais. Na saúde, seus efeitos incluem a transformação do modo como os médicos trabalham, a forma como o público percebe a doença e/ou a deficiência, ou a maneira como os políticos e decisores políticos alocam recursos em saúde (Mattingly, 2004). De forma conjunta e interdisciplinar, a interlocução entre os diferentes profissionais permite construir uma visão abrangente sobre o problema (Silva & Rojas, 2016).

## **Método**

Foi utilizada abordagem qualitativa e exploratória, por meio de entrevista em profundidade, realizada presencialmente no local de trabalho do entrevistado. Trata-se de um gestor em saúde com formação em ciências da saúde e cinco anos de experiência profissional junto ao programa moçambicano de HIV/aids.

A análise da entrevista seguiu os preceitos da análise temática, a qual, ao invés de procurar descrever padrões a partir de dados qualitativos, analisa e relata padrões identificados nos dados por meio de sua organização detalhada (Braun & Clarke, 2006). Suas seis fases são: (a) Familiarizando-se com os dados – transcrição, leitura e releitura dos dados para apontar ideias iniciais; (b) Gerando códigos iniciais – codificação das principais características do conteúdo analisado de forma sistemática e especificação dos dados relevantes para cada código; (c) Buscando por temas – agrupamento dos códigos em temas potenciais; (d) Revisando temas – verificação se os temas funcionam e

geração de um mapa temático da análise; (e) Definindo e nomeando temas – refinamento das especificidades de cada tema e definição de nomes claros para um deles; e (f) Produzindo o relatório – produção de um documento acadêmico sobre a análise e última oportunidade para a análise (Braun & Clarke, 2006).

## Resultados e Discussão

Três eixos centrais podem ser destacados na narrativa do entrevistado: (a) o estabelecimento de redes de cooperação voltadas à adesão; (b) aspectos culturais que dificultam a adesão; e (c) metas da unidade de saúde relacionadas à adesão.

### *Estabelecimento de redes de cooperação voltadas à adesão*

Uma dificuldade encontrada pelo gestor para melhorar a adesão à TARV na região diz respeito às populações-chave, que são segmentos populacionais mais vulneráveis à infecção (Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [DCCI], 2020). Três populações-chave foram alvos de ação, segundo o entrevistado: homens que fazem sexo com homens (HSH), homossexuais masculinos e trabalhadoras do sexo<sup>40</sup>.

O aumento dos níveis de adesão à TARV por parte desses grupos esbarrava na dificuldade de acolhimento e compreensão por parte dos próprios profissionais de saúde: não raras vezes, os mesmos viam-se na função de questionar práticas e comportamentos dos usuários, o que acabava surtindo um efeito contrário à sua intenção, que era aprimorar a adesão por parte desse público em específico. Como a demanda de trabalho por parte dos profissionais de saúde é alta, o gestor percebeu a necessidade de demandar suporte externo especializado para lidar com as populações-chave. Para tal, estabeleceu parcerias entre a unidade de saúde e organizações da sociedade civil, incluindo pessoas das próprias comunidades para desempenharem o papel de conselheiras.

A primeira parceria narrada pelo entrevistado foi com a organização não-governamental Associação Moçambicana de Defesa das Minorias Sexuais (LAMBDA), que advoga pelo reconhecimento dos direitos humanos das pessoas LGBT – lésbicas, gays, bissexuais e transexuais – no país (LAMBDA, 2017), que foi a primeira organização moçambicana a chamar a atenção para a diversidade sexual e para a necessidade da equidade na atenção à saúde.

40 Em que pese haver profissionais do sexo de ambos os sexos, parta manter fidelidade à narrativa do entrevistado, aqui a expressão será utilizada no feminino.

Grupos terapêuticos realizados na própria unidade de saúde passaram a ser oferecidos com a participação de profissionais da LAMBDA, em especial nos atendimentos aos HSH e homossexuais masculinos. A partir dessa iniciativa, o gestor relata que houve um aumento na frequência dos participantes às consultas, o que antes era um desafio para os profissionais da área. Em confluência com o que fora mencionado por Langdon (2001) e Calicchio et al. (2018), sobre as narrativas serem influenciadas pelo modo como cada grupo interpreta os eventos, tal fato pode ser considerado uma contribuição relevante para promover sentimentos de pertencimento, empatia e reconhecimento por parte dos pacientes.

Em relação ao grupo de trabalhadoras do sexo, uma estratégia que também surtiu efeito em termos de melhorias na taxa de adesão foi a capacitação de conselheiras para servirem de ponte entre a unidade de saúde e as profissionais do sexo soropositivas em tratamento na unidade de saúde. As conselheiras eram pessoas da comunidade, também profissionais do sexo, treinadas para atuar como educadoras de pares e para promover a conscientização do grupo em relação à importância do uso adequado da TARV e dos métodos de prevenção adequados.

Segundo o gestor, tornar as próprias profissionais do sexo ativistas no combate ao HIV/aids fez com que as pacientes se sentissem acolhidas, compreendidas e respeitadas, além de assumir um papel protagonista, e não de vítimas do diagnóstico. O compartilhamento das narrativas com interlocutores que possuem experiências de vida em comum contribui para uma melhor interpretação dos eventos passados, para um melhor entendimento dos eventos atuais (Langdon, 2001) e melhores perspectivas para o futuro (Bruner, 1986; Calicchio et al., 2018).

A ausência de redes de apoio social foi outra dificuldade relacionada à baixa adesão ao tratamento, sendo que isso se torna importante, sobretudo, em locais onde a infecção pelo HIV é permeada por sombras de estigma e preconceito (Brambatti, 2007). Para superar tal barreira, já que essa era queixa frequente por parte dos profissionais de saúde ao gestor, a estratégia elaborada foi a de oferecer encontros em grupos de até seis pacientes para troca de experiências sobre a infecção e outros aspectos relacionados à mesma, iniciativa que o entrevistado denominou “modalidade de cuidado”. Os encontros ocorriam na própria unidade de saúde, sob o acompanhamento de um profissional com experiência em manejo de grupos. A preocupação em relação à indisponibilidade de uma rede de suporte social aos pacientes encontra respaldo na literatura sobre a temática, que indica que quanto maior o apoio social percebido, melhor é a adesão à TARV (Dias et al., 2020; Lenzi et al., 2018; Seidl & Tróccoli, 2006; Silva et al., 2019).

## ***Aspectos culturais que dificultam a adesão à terapia antirretroviral***

O aspecto que dificulta de forma mais relevante a adesão, segundo narrou o entrevistado, associa-se ao abandono do tratamento. Quando não retorna para as consultas agendadas, o paciente é buscado pela equipe de saúde, muitas vezes, em sua própria residência, prática a qual é recebida com rechaço por parte da população. Muitos pacientes informam dados cadastrais incorretos, em especial relativos ao endereço, visando não serem encontrados.

Em especial, a falta de seguimento do tratamento evoca a existência de outro problema, que é o forte estigma que recai sobre as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIV), o qual é ainda mais agravado em Moçambique, dadas as características educacionais, culturais e sociais da população. O preconceito faz com que pacientes escondam seu diagnóstico e evitem serem vistos na unidade de saúde, para não terem seu diagnóstico descoberto à revelia. Sentimentos de vergonha e/ou culpa pela infecção estão presentes, além da sensação de não-aceitação e inadequação (Brambatti, 2007). Tal estigma afeta mais substancialmente as mulheres, tendo em vista sua maior vulnerabilidade social e econômica no país (Andrade & Iriart, 2015).

Outro aspecto relacionado a esse problema é o fato de que, a todos os pacientes atendidos na unidade de saúde, é oferecida a oportunidade de acompanhamento psicológico mensal, no mesmo dia da consulta de acompanhamento. Essas são oportunidades adicionais para o paciente trabalhar questões relacionadas ao preconceito e à estigmatização que sofrem, já que essas vivências impactam negativamente sua saúde mental e bem-estar psicológico. Nas experiências de doença, é importante que as pessoas confirmem um sentido à experiência vivida (Garro, 1994; Maposse & Seidl, 2019); então, o acompanhamento psicoterapêutico é um meio para promover autoconhecimento e autoestima, o que, de certo modo, se relaciona à adesão, que também está ligada ao autocuidado.

Outro aspecto da cultura narrado pelo entrevistado refere-se à dicotomia entre a medicina convencional e a medicina tradicional, ambas praticadas no país. De um lado, está a medicina convencional, oferecida pelos hospitais e, por outro, estão as consultas aos curandeiros, que oferecem medidas curativas baseadas em conhecimentos tradicionais (Bury, 1982; Assis et al., 2018). Expressiva parte da população moçambicana conta apenas com os curandeiros ao se verem de frente com alguma intercorrência em saúde, já que os serviços de saúde oficiais não alcançam todo o território (Vieira et al., 2014). Tais atendimentos são marcados por consultas a oráculos ou recebimento de espíritos de antepassados. Apesar de míticas, tais práticas são consideradas

legítimas e, inclusive, reconhecidas oficialmente pelo governo moçambicano (Acçolini & Sá-Júnior, 2016).

A falta de acesso ao sistema de saúde, por si só, não é fato suficiente para fazer-se relevar a importância do papel dos curandeiros na sociedade moçambicana. Considerá-los meros herbalistas, como se a medicina por eles praticada tivesse apenas a função de remediar doenças, quando não há acesso à medicina clássica, em nada contribui para o estabelecimento de um contrato de confiança capaz de contribuir positivamente na adesão da comunidade à TARV (Granjo, 2009). No entanto, muito embora as práticas da medicina tradicional tenham propiciado resultados relevantes no tratamento de várias intercorrências em saúde, a eficiência do tratamento antirretroviral demanda a utilização de medicamentos que compõem o coquetel clássico. Seu uso, muitas vezes, é evitado pela população, em virtude dos fortes efeitos colaterais que provocam, incluindo náuseas e desconfortos abnormais, principalmente quando o paciente não tem acesso a uma alimentação adequada (Polejack et al., 2019). Considerar questões sociais quando do tratamento de PVHIV é especialmente relevante quando grande parte dos pacientes pertence a estratos sociais desfavorecidos, como é o caso de Moçambique.

### ***Metas da unidade de saúde relacionadas à adesão do paciente com HIV/aids***

As unidades de saúde em Moçambique são constantemente cobradas em termos dos resultados de suas ações, já que as metas relativas à epidemia pelo HIV para cada unidade recebem um acompanhamento tempestivo de suas instâncias superiores. Um dos maiores obstáculos mencionados pelo entrevistado para atingir a meta de redução de abandono do tratamento relaciona-se à dificuldade que alguns usuários têm em comparecer às consultas nos dias agendados. Tal dificuldade se deve a dois fatores: primeiramente porque, apesar do agendamento ser realizado com antecedência, era bastante usual aos pacientes passarem longas horas aguardando até o atendimento, o que exigia o bloqueio de um dia inteiro a cada mês para passarem pelas consultas periódicas obrigatórias, o que não era viável a todos.

Adicionalmente, dificuldades de locomoção até a unidade de saúde, devido a uma malha de transporte público ineficiente, exigem que, para chegar cedo na unidade de saúde, o paciente tenha que deixar sua casa ainda durante a noite, o que os expõe a riscos secundários, ainda fomentados pela pobreza e falta de oportunidades de trabalho, que atingem a maior parte da população. Além da dificuldade relacionada ao horário de comparecimento à unidade de saúde, havia um longo tempo de espera até o atendimento, sendo que não há suporte de alimentação ao paciente nos dias de consulta.



Todos esses fatores acabam contribuindo para um desestímulo ao comparecimento às consultas, o que reflete nos índices de adesão. Segundo o entrevistado, o comparecimento nos dias corretos é, sobretudo, mais difícil para os pacientes que residem na África do Sul, tendo em vista não somente as longas distâncias que devem ser percorridas em um único dia, mas também as dificuldades relacionadas aos procedimentos de fronteira entre os países.

Para lidar com os obstáculos que dificultam a adesão, o gestor passou a incentivar uma prática denominada “dispensa trimestral de medicamentos”, a qual consiste na permissão ao paciente para retirar a quantidade de medicamentos suficiente para três meses de tratamento sem interrupção, bastando, para tal, que o clínico verifique que há possibilidade do paciente não conseguir comparecer à unidade de saúde mensalmente. Tal iniciativa melhorou os índices relacionados ao abandono do tratamento, o que significa um avanço importante em termos da adesão à terapêutica recomendada.

Outra estratégia colocada em prática para dar conta desses percalços, e que tornou viável o alcance das metas relacionadas à adesão, foi o agendamento de consultas com hora marcada, prática que, apesar de ser comum no Brasil, não é usual em Moçambique, que geralmente utiliza o sistema de fila de espera por ordem de chegada. Um problema adicional gerado pela demora no atendimento é a maior possibilidade do paciente ser visto na unidade de saúde por pessoas de seu convívio social, o que pode conduzir a uma revelação forçada do diagnóstico, gerando receio e impactando negativamente a adesão.

O entrevistado narrou a existência de outro aspecto relacionado à falta de privacidade do paciente, que é a alta lotação da unidade de saúde ocasionada pelo elevado número de pacientes para serem atendidos por uma equipe desfalcada em termos de quantidade de profissionais. Para ser fiel à expressão narrada, trata-se de um problema de “enchente da unidade sanitária”, o que, segundo o gestor, contribui para o mau atendimento aos pacientes soropositivos. Como a solução deste problema não está sob sua alçada, já que não está sob sua responsabilidade controlar o fluxo de pacientes atendidos, tampouco a contratação de mais profissionais, esse é um problema que ainda demandará negociações entre a unidade de saúde e os órgãos superiores na hierarquia do setor saúde.

Quando se está tratando do acompanhamento de doenças crônicas, em especial o HIV/aids, a qualidade do atendimento não se limita a aspectos mensuráveis, como o tempo destinado às consultas ou à quantidade de pacientes atendidos a cada período de tempo, mas sim, à eficiência desse atendimento para assegurar boa adesão. A prática clínica demonstra que, muitas vezes, gastar mais tempo em uma consulta e conseguir conscientizar o paciente sobre a importância de uma boa adesão reduz a quantidade de vezes que o paciente

retornará à unidade de saúde por causas evitáveis, o que também desafoga o sistema a médio e longo prazos. Assim, em que pese a relevância de uma adequada prestação de contas para assegurar transparência nos gastos públicos, há de se questionar se o viés puramente quantitativo da avaliação feita junto às unidades de saúde não vai na contramão do que o próprio sistema espera como sendo um resultado desejado.

A cobrança de metas que recai sobre as unidades de saúde do país é realizada de forma tempestiva e exige o detalhamento das ações desenvolvidas em cada uma delas. O entrevistado detalhou o fluxo por meio do qual é realizado esse acompanhamento, demonstrando haver uma supervalorização de resultados quantitativos e objetiváveis em detrimento daqueles relacionados à qualidade do atendimento e que, portanto, demandariam um tipo de avaliação mais subjetiva. Segundo o gestor, todas as unidades de saúde, por meio de seu supervisor (cada unidade possui um), precisam reportar dados detalhados dos atendimentos realizados ao serviço distrital, que é a unidade que realiza a supervisão das atividades. A cada mês, ocorre uma reunião distrital para apresentação das estatísticas da unidade de saúde e para discussão de alguns pontos que vislumbrem melhorias nos índices de adesão e atingimento de objetivos e metas. A cada trimestre é, ainda, convocada uma reunião de coordenação, na qual cada unidade deve tanto apresentar um plano relativo ao que será realizado no próximo período, como demonstrar o que foi feito em relação ao planejamento anterior<sup>41</sup>.

As dificuldades narradas pelo entrevistado permitiram conhecer as dificuldades existentes para elevar os índices de adesão à TARV, os quais exigem soluções novas e criativas a todo tempo. Considerando que as narrativas projetam as atividades e experiências no futuro (Good, 1994), pode-se afirmar que a entrevista permitiu ao entrevistado compartilhar sua experiência e narrar os desafios já superados em relação à adesão dos pacientes vivendo com HIV/aids, assim como lançar um olhar sobre o futuro, uma vez que os resultados alcançados em termos da adesão tendem a persistir ao longo do tempo.

Espera-se que a oportunidade de narrar a experiência com o pesquisador tenha permitido ao entrevistado organizar seus desejos em torno do futuro (Good, 1994). Aparentemente, lhe foi possível capturar os simbolismos e contratempos presentes nas paisagens narradas na entrevista, o que fora facilitado por seu estilo de comunicação, que permitiu o estabelecimento de um

41 Pelo fato de que expressiva parte da verba destinada ao financiamento do combate da epidemia no país é oriunda de organismos internacionais, acredita-se que a prestação de contas realizadas pelas unidades de saúde esteja relacionada a uma demanda que recai sobre o próprio Ministério da Saúde (MISAU) para justificar o vultoso investimento anual que os países estrangeiros fazem em Moçambique, uma vez que essa verba é relevante para garantir a continuidade das ações de enfrentamento da pandemia no país.

diálogo rico e flexível, gerando um contato enriquecido com a experiência narrada (Reck, 1983).

Outras iniciativas para ampliar a adesão no país demandam investimentos de naturezas diversas, as quais ultrapassam as funções e prerrogativas dos gestores. Como exemplos, pode-se mencionar a necessidade de ampliação de programas voltados à educação em saúde e que promovam a disseminação de informações, já que o conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV ainda é baixo na população (Baltazar et al., 2020), em especial para populações-chave (Guambe et al., 2019). Ações pontuais também são requeridas, como as voltadas a investigar por que ainda é abaixo do ideal o nível de notificação, aos parceiros sexuais, do diagnóstico soropositivo (Taylor et al., 2020).

Outras medidas igualmente relevantes que mirem a minimização dos efeitos ocasionados por aspectos externos, como aqueles provocados pelas catástrofes ambientais ou de saúde pública, devem ser implantadas. Metade dos pacientes soropositivos que viviam nas regiões atingidas pelos ciclones Kenneth e Idai em 2019 interromperam o uso da TARV, o que merece atenção mundial e exige respostas rápidas de ajuda a Moçambique (Organização das Nações Unidas [ONU], 2020).

A pandemia ocasionada pelo coronavírus também tem se mostrado uma ameaça adicional à adesão à TARV. O Programa das Nações Unidas para o HIV/AIDS (UNAIDS) alerta para os riscos que a COVID-19 (doença do coronavírus 2019) impõe para o tratamento de pessoas soropositivas para o HIV, sendo provável que haja uma anulação do sucesso arduamente conquistado no controle da disseminação do vírus pelo mundo. Uma interrupção de seis meses no tratamento para o HIV ocasionaria mais de 500 mil mortes extras por aids na África Subsaariana, região a qual, recentemente, deixou de ser o epicentro da epidemia no mundo. Dos 38 milhões que vivem com HIV/aids globalmente, 12,6 milhões não possuem acesso a tratamento, situação que pode se agravar caso não sejam tomadas medidas para conter os graves efeitos que a pandemia impõe sobre o combate à epidemia (UNAIDS, 2020).

Como limitações do estudo, mencionam-se a dificuldade de acesso ao entrevistado, uma vez que decidiu-se pela realização da entrevista *in loco*, em Gaza, província localizada a aproximadamente 250 quilômetros de Maputo, cidade de onde partiu o entrevistador até a unidade de saúde. Como a entrevista durou mais tempo que o esperado, não foi possível investigar mais a fundo de que forma a atuação numa unidade de saúde impactam a subjetividade do gestor, impedindo aprofundar a análise em torno do próprio sujeito narrador.

Acredita-se que os resultados encontrados nesta pesquisa serão úteis, sobretudo no contexto de saúde de diversos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como é o caso de Moçambique e outros países africanos que lutam para conter a epidemia de HIV/aids. Além disso, tais resultados podem suscitar reflexões no próprio contexto brasileiro, assim como em outros países em desenvolvimento na região, pois, ou convivem com a falta de investimentos na área, ou com ameaças ao investimento historicamente feito ao setor.

Em relação à situação brasileira, o atual governo federal apoia a redução do Sistema Único de Saúde (SUS) e uma ampliação da atuação do setor privado na saúde, o que pode fazer com que milhões de brasileiros deixem de receber assistência médica, incluindo centenas de milhares de pessoas que vivem com HIV/aids no país. A falta de investimentos em saúde apresenta-se, ainda, aliada ao desmantelamento do setor de ciência e tecnologia no país, o que compromete as principais estratégias de saúde ligadas aos direitos humanos, em especial as políticas voltadas às mulheres, aos indivíduos LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, *queers*, *intersex*, agêneros, assexuados e mais), às populações indígenas e às PVHIV (Montenegro et al., 2020).

Para Agostini et al. (2019), “a resposta brasileira à epidemia de HIV foi uma das grandes realizações no contexto do SUS” (p. 4599). As atuais ameaças à saúde, relativas à guinada conservadora hoje vigente no país, desenterram uma antiga preocupação: a de que o “vírus ideológico” venha a suplantar o “vírus biológico”, cujos efeitos negativos incluem o recrudescimento do estigma e discriminação que sofrem as PVHIV (Agostini et al., 2019, p. 4601). A queda no investimento para o combate ao HIV/aids no Brasil compromete o esforço em evitar a propagação da doença, o que desprotege a população. A chance de transmissão do vírus é reduzida não apenas quanto menor for o número de indivíduos infectados, uma vez que as PVHIV que respondem adequadamente ao tratamento e apresentam carga viral reduzida, têm reduzidas as chances de transmitir o vírus quando expostos a situações nas quais há risco de contágio.

Ações que se mostraram eficientes no contexto moçambicano podem se mostrar eficazes também no contexto brasileiro, em especial aquelas voltadas a combater o estigma e a discriminação contra as PVHIV (Parker, 2019). Incluir pessoas da própria comunidade em ações de aconselhamento demanda relativo baixo investimento e podem favorecer a adesão à TARV. Ademais, a oportunidade de realizar dispensa trimestral de medicação para as PVHIV que residem em locais de difícil acesso às unidades de saúde tem o potencial de produzir efeitos positivos.

## Considerações finais

O estudo permitiu conhecer as principais dificuldades encontradas em uma unidade sanitária localizada provinciana região moçambicana onde existem as maiores taxas de prevalência pela infecção por HIV/aids no país. A narrativa compartilhada pelo entrevistado apresenta os esforços dedicados para a diminuição dos elevados índices em torno da epidemia, assim como permite conhecer os desafios que ainda demandam aprimoramento das ações em saúde.

Questões culturais influenciam expressivamente os índices de adesão. Assim, devem ser trabalhadas conjuntamente por várias esferas e contar com a participação de entidades da sociedade civil, tendo em vista sua relevância no enfrentamento da epidemia no país. A participação de líderes da comunidade nas ações de enfrentamento deve seguir sendo incentivada, assim como a participação de membros das próprias populações-chave nas ações em saúde.

Acredita-se que os resultados podem servir como fonte de informações e sugestões de ideias a outros gestores e profissionais de saúde que atuam nesse segmento. A partir dos resultados, novas pesquisas podem ser incentivadas, em especial as voltadas a conhecer outros desafios não contemplados pela pesquisa. Recomenda-se a criação de espaços públicos de discussão para incentivar a troca de experiências entre gestores, possibilitando-lhes receber suporte social, por meio da interação entre os pares. Apesar das dificuldades relacionadas ao acesso à internet no país, podem ser organizados encontros remotos para reduzir custos e ampliar as possibilidades de participação.

Por fim, recomenda-se que os indicadores de qualidade do atendimento, que hoje estão baseados em critérios puramente objetivos, abram espaço para avaliações que considerem componentes subjetivos, não-observáveis, impossíveis de mensuração quantitativa. Pelo fato de que podem influenciar no sucesso das políticas voltadas à contenção da infecção pelo HIV/aids, sobretudo a médio e longo prazos, uma ampla reflexão a respeito do que se espera dos gestores de saúde, em termos de cumprimento de metas, deveria ser mais um elemento a ser considerado pelo Programa Nacional de Controlo de ITS/HIV-SIDA – MISAU.

Tendo em vista que Moçambique é um dos países que possuem as mais altas taxas de infecção por HIV/aids no mundo, e também considerando a extensão de tempo pela qual a epidemia vem se manifestando de forma crítica no país, conhecer as narrativas dos gestores não é apenas relevante sob o ponto de vista científico, mas também prático, já que pode incentivar a promoção de iniciativas alinhadas com as reais necessidades da população e também no desenvolvimento de estratégias de apoio aos trabalhadores da saúde que estão em cargo de gestão. Ao se ampliar essa visão, os profissionais de diferentes áreas podem ser instigados a refletir sobre suas rotinas de trabalho e a propor alterações nos protocolos de intervenção e atendimento sempre que necessário.

## REFERÊNCIAS

- Acçolini, G., & Sá Júnior, M. T. (2016). Tradição – Modernidade: a Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique (Ametramo). *Mediações*, 21(2), 49-70. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2016v21n2p49>.
- Agostini, R., Rocha, F., Melo, E., & Maksud, I. (2019). A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(12), 4999-4604. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>.
- Andrade, R., & Iriart, J. A. B. (2015). Estigma e discriminação: Experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, 31(3), 565-574.
- Assis, J., Gandolfo, M. I., Licença, I., Campos, N., Reis, M., Failho, L., & Brambatti, L. (2018). Medicina tradicional no Brasil e em Moçambique: definições, apropriações e debates em saúde pública. *O público e o privado*, 16(31), 13-30.
- Associação Moçambicana de Defesa das Minorias Sexuais [LAMBDA] (2017). *Associação LAMBDA*. <https://lambda.org.mz/>.
- Baltazar, C. S., DeLima, Y. V., Ricardo, H., Botão, C., Landa, D. C., Costa, P., Malamule, D., Augusto, A., Viegas, S., Obisie-Nmehielle, N., Tomm-Bonde, L., & Muleyka, F. B. (2020). HIV prevalence and TB in migrant miners communities of origin in Gaza Province, Mozambique: The need for increasing awareness and knowledge. *Plos One*, 15(4), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231303>.
- Baratto, C. C., & Zanchet, L. (2018). Sobre o cuidado à população trans em um CAPS AD III. *Informe C3*, 10(4), 129-145. [https://www.researchgate.net/profile/Alexandra\\_Kruel/publication/331432767\\_Analise\\_da\\_saude\\_na\\_midia\\_relacoes\\_de\\_poder\\_e\\_producao\\_de\\_sentidos/links/5c791c23299bf1268d2e4fd9/Analise-da-saude-na-midia-relacoes-de-poder-e-producao-de-sentidos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alexandra_Kruel/publication/331432767_Analise_da_saude_na_midia_relacoes_de_poder_e_producao_de_sentidos/links/5c791c23299bf1268d2e4fd9/Analise-da-saude-na-midia-relacoes-de-poder-e-producao-de-sentidos.pdf).
- Bauer, W. M., & Gaskell, G. (2008). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (7ª ed.). Vozes.

Brambatti, L. P. (2007). *Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento anti-retroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/Aids em Maputo, Moçambique*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília.

Brambatti, L. P. , Guambe, A. J., Machado, A. C. A., Mate, I. G. L, Maposse, A. J., Mazuze, B. D. S., & Santos, C. S. (2019). Desafios para a adesão ao tratamento antirretroviral na perspectiva das pessoas vivendo com HIV e usuários do sistema de saúde de Moçambique. Em C. Antloga, K. T. Brasil, S. Lordello, M. Neubern, & E. Queiroz. (Orgs.). *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 4*. Brasília: Technopolitik.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds* (1ª. ed.). Harvard University Press.

Bruner, J. (2002). *Atos de significação* (2ª. ed) (S. Costa, Trad.). Artmed.

Bury, M., (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>.

Calicchio, M., Lemos, K., Lima, P. , Luiz, B., & Cruz, G. (2018). Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2), 669-670. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.15062017>.

Capps, L., & Ochs, E. (1995). *Constructing panic: The discourse of agoraphobia* (1ª. ed.). Harvard University Press.

Damasceno, N., Malvezzi, E., Moura, C. & Sales, A. (2018). Narratives as alternative in health research. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 133-140. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0815>.

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [DCCI]. (2020). *O que é população chave para o HIV?* <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/20-o-que-e-populacao-chave-para-o-hiv>.



Dias, W. B., Lima, C. B. M., Rodrigues, F. R., Cardoso, M. E. O., Silva, J. M. L., Araújo, L. T., Monteiro, A. J. C., Teixeira, L. M., Leite, V. L. M., Coutinho, E. S., Maciel, T. A. F., Araújo, J. A. C., Martins, A. C. G. S., Júnior, A. F. C., & Boulhosa, M. F. (2020). O perfil psicossocial de pessoas vivendo com HIV/AIDS em uma unidade de acompanhamento em Belém-PA: Relato de experiência. *Acervo Saúde [online]*, 12(1), e1429, 1-6. <https://doi.org/10.25248/reas.e1429.2020>.

Diniz, D., & Sá, M. (2019). The use of narratives and group device approach in education/continuing education of health professionals: a literature review. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180217, 1-18. <https://doi.org/10.1590/interface.180217>.

Garro, L. (1994). Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporomandibular Joint (TMJ). *Social Science & Medicine*, 38(6), 775-788.

Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective* (1<sup>a</sup> ed.). Cambridge University Press.

Granjo, P. (2009). Saúde e doença em Moçambique. *Saúde e Sociedade*, 18(4), 567-581. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000400002>.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition* (1<sup>st</sup> ed.). Basic Books.

Langdon, J. (2001). A doença como experiência: O papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica*, 5(2), 241-260.

Lenzi, L., Tonin, F. S., Souza, V. R., & Pontarolo, R. (2018). Suporte social e HIV: Relações entre características clínicas, sociodemográficas e adesão ao tratamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34(e34422), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34422>.

Maposse, A., & Seidl, E. (2019). Percepções de coesão e hierarquia familiar em pessoas vivendo com HIV/SIDA. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(2), 286-299. <https://doi.org/10.15309/19psd200202>.

Mattingly, C., (1994). The concept of therapeutic emplotment. *Social Science & Medicine*, 38(6), 811-822. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90153-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90153-8).



Mattingly, C., (2004). Performance narratives in the clinical world. in B. Hurwitz, T. Greenhalgh, & V. Skultans (Orgs.). *Narrative research in health and illness* (pp. 73-94). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470755167.ch5>.

Ministério da Saúde [MISAU] (2010). *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique* (INSIDA). Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde & Instituto Nacional de Estatística. Maputo. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20110609\\_JC2137\\_Global-Plan-Elimination-HIV-Children\\_en\\_1.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en_1.pdf).

Ministério da Saúde [MISAU] & Instituto Nacional de Estatística [INE] (2015). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique* (IMASIDA) – Relatório de Indicadores Básicos. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS12/AIS12.pdf>.

Moçambique (2015). *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2015–2019*. Maputo. <http://cnccs.co.mz/wp-content/uploads/2016/02/PEN-IV-2015-2019-Vers%C3%A3o-Aprovada-pelo-Conselho-de-Ministros-1.pdf>.

Moçambique (2019). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA). *Relatório Suplementar Incorporado os Resultados de Biomarcadores de Antirretrovirais*. Maputo. [https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS12/AIS12\\_SP.pdf](https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS12/AIS12_SP.pdf).

Montenegro, L., Velaske, L., LeGrand, S., Whetten, K., Rafael, R. M. S., & Malta, M. (2020). Public health, HIV care and prevention, human rights and democracy at a crossroad in Brazil. *AIDS and Behavior* 24, 1-4. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02470-3>.

Ochs, E, & Capps, L. Narrating the self. (1996). *Annual Review of Anthropology*, 25(3), 19-43. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.25.1.19>.

Organização das Nações Unidas [ONU] (2020). *Moçambique: metade das pessoas vivendo com HIV interrompeu tratamento após ciclones*. <https://nacoesunidas.org/mocambique-metade-das-pessoas-vivendo-com-hiv-interrompeu-tratamento-apos-ciclones/>.

- Orofino, M. M., & Silva, M. L. (2020). Narrativas em saúde: quinze minutos de literatura na produção do *cuidado* em equipe multiprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 24 (e190775), 1-14. <https://doi.org/10.1590/interface.190775>.
- Parker, R. (2019). Estigmas do HIV/aids: novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 13(3), 618-633. <https://doi.org/10.29397/r>.
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS [UNAIDS] (2020). *Seizing the moment*. <https://aids2020.unaids.org/report/>.
- Reck, G. G. (1983). Narrative anthropology. *Anthropology and Humanism*, 8(1), 8-12.
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000300008>.
- Silva, H. F. N., Dourado, C. S. M. E.; Silva, H. G. N.; & Silva, H. F. N. (2019). Avaliação do tratamento antirretroviral de pessoas convivendo com HIV/aids que participam de um grupo de adesão. *Medicina (Ribeirão Preto) [online]*, 52(3), 161-170. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i3p161-170>.
- Silva, A. M. P. , & Rojas, F. L. L. (2016). Cartografia em saúde: Mapeando as experiências, desafios e possibilidades no cotidiano do trabalho. *Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*, 5, 30-41. <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/927>
- Taylor, K., Matthew, L., Lahuerta, M., Ahoua, L., Abacassamo, F., & Elul, B. (2020). Disclosure in the 12 months after diagnosis in Mozambique. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 84(3), 242-252. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002334>
- Vieira, A. C. S., Rocha, M. S. G., Head, J. F., Casimiro, I. M. A. P. C., (2014). A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado: Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. *Katálysis [online]*, 17(2), 196-206. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200005>.



# PERCEPÇÃO DE DOENÇA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV: efeitos de intervenção cognitivo-comportamental

*Graziela Sousa Nogueira  
Eliane Maria Fleury Seidl*

---

O Modelo de Autorregulação de Leventhal é um modelo de senso comum, conhecido como modelo de percepção de doença (Cameron & Leventhal, 2003; Leventhal et al., 1980). Há carência de pesquisas que investigam a efetividade de intervenções psicológicas sobre a percepção de doença de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (PVHIV). O presente capítulo tem por objetivo apresentar os resultados de um estudo elaborado para investigar os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo sobre a percepção de doença de PVHIV. Inicialmente será feita uma breve contextualização acerca da síndrome da imunodeficiência humana (aids) na atualidade e apresentado o Modelo de Autorregulação de Leventhal. Em seguida, será descrito o estudo, com seus objetivos, método e resultados. Por fim, serão discutidos os efeitos da intervenção em grupo sobre a percepção de doença, além de variáveis como ansiedade, depressão e enfrentamento, em comparação a dois grupos submetidos a outras condições.

## **O HIV e a Aids na Atualidade**

A aids é considerada uma pandemia, sendo que estimativas atuais indicam que mais de 37,9 milhões de pessoas estão infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) no plano mundial (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2019). No Brasil, 966.058 casos de HIV e aids foram notificados desde o início da epidemia até junho de 2019, com o registro de 338.905 mortes que tiveram a aids como causa básica de óbito até dezembro de 2018 (Ministério da Saúde, 2019).

Trata-se uma enfermidade classificada hoje como crônica, devido aos importantes avanços no tratamento ocorridos nas últimas décadas (Ministério da Saúde, 2014). Contudo, a doença é causada por um vírus ainda de difícil controle, sem perspectivas de cura da enfermidade em curto e médio prazos. Tal panorama, aliado ao preconceito e à discriminação frequentemente vivenciados por pessoas soropositivas para o HIV, contribuem para o sofrimento

psicológico e a manifestação de transtornos psiquiátricos, o que pode ser um fator de não adesão ao tratamento. Assim, a saúde mental dessas pessoas deve ser alvo constante de atenção e de cuidado por psicólogos e profissionais da área de saúde (Ministério da Saúde, 2014; Ramos-Cerqueira et al., 2018; Seidl & Faustino, 2014). Nesse contexto de atuação profissional, modelos de autorregulação, especialmente o de Leventhal, podem ser utilizados para auxiliar na compreensão de processos de saúde e doença (Cameron & Leventhal, 2003; Seidl et al., 2018).

### ***Modelo de Autorregulação de Leventhal***

O Modelo de Autorregulação de Leventhal é um modelo de senso comum, também conhecido como modelo cognitivo da doença ou de percepção da doença (Cameron & Leventhal, 2003; Leventhal et al., 1980). Ele é centrado nas crenças individuais sobre saúde/doença e nas respostas às ameaças decorrentes do processo de adoecimento. Parte da premissa que o paciente é um agente ativo na resolução de seus problemas, respondendo de forma dinâmica à enfermidade, segundo sua interpretação e avaliação (Broadbent et al., 2006; Cameron & Leventhal, 2003; Seidl et al., 2018).

Segundo o Modelo de Autorregulação de Leventhal, as respostas às doenças seguem normalmente três etapas (Pacheco-Huergo et al., 2012). A primeira é a representação cognitiva e emocional da ameaça à saúde. Nessa etapa, a pessoa acometida por algum agravo, ao ser confrontada com uma doença potencial por meio de pistas internas (ex. sintomas) ou externas (ex. informação), tenta atribuir um significado ao problema, com base nas suas cognições preexistentes sobre a enfermidade. Essas cognições organizam-se em cinco dimensões: (1) identidade – refere-se aos rótulos abstratos, às ideias que o paciente possui sobre a sua doença, bem como à interpretação que faz dos sintomas; (2) causa – indica as atribuições que a pessoa faz acerca das prováveis causas da sua doença, podendo focalizar fatores internos e externos; (3) dimensão temporal (duração) – refere-se à percepção de duração do problema de saúde, podendo ser agudo, crônico ou cíclico/episódico; (4) consequências – indicam as crenças que o indivíduo possui acerca da gravidade da doença e o provável impacto em aspectos sociais, físicos, psicológicos e financeiros; (5) cura/controle – demonstra quanto os pacientes acreditam que sua doença pode ser curada ou controlada, bem como reflete as crenças sobre o seu tratamento (Broadbent et al., 2006; Cameron & Leventhal, 2003; Seidl et al., 2018).

A segunda etapa da autorregulação refere-se ao desenvolvimento e implementação das estratégias de enfrentamento. Nessa fase, a pessoa identifica e seleciona estratégias de enfrentamento que lhe permite adquirir o equilíbrio

físico e emocional ameaçado ou perdido. Na terceira fase ocorre a ponderação ou avaliação das estratégias de enfrentamento empregadas, com fins de adaptação à doença ou às suas consequências, mantendo a qualidade de vida, dentro do possível (Pacheco-Huergo et al., 2012). Ressalta-se que o Modelo de Autorregulação de Leventhal tem sido reconhecido no domínio da saúde física, sendo aplicável a diversas enfermidades (Dempster et al., 2015; Lee et al., 2019), bem como em casos de transtornos mentais (Subramaniam et al., 2018).

No que tange à promoção de mudanças na percepção de doença em pacientes soropositivos, acredita-se que intervenções psicológicas possam contribuir para minimizar distorções cognitivas decorrentes de informações errôneas e crenças disfuncionais sobre a enfermidade e o tratamento. Para tanto, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) pode ser empregada como facilitadora. Existem evidências de efeitos positivos da aplicação da TCC em uma gama de variáveis de pessoas vivendo com HIV (PVHIV), como depressão, ansiedade, qualidade de vida, habilidades de enfrentamento e adesão ao tratamento, entre outras (Brito & Seidl, 2015; Faustino & Seidl, 2010; Luenen et al., 2019; Pu et al., 2019). Apesar da existência de pesquisas que apontam a efetividade da TCC em PVHIV, observa-se uma carência de estudos que investigam seus efeitos sobre a percepção de doença. Assim, o objetivo desse estudo foi investigar os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo sobre a percepção de doença de PVHIV.

### **Investigação sobre Intervenção Cognitivo-comportamental com base no Modelo de Autorregulação de Leventhal para Pessoas que Vivem com HIV**

Participaram 11 pacientes soropositivos que estavam em tratamento antirretroviral, distribuídos por conveniência em três grupos conforme o interesse e a disponibilidade para participar da pesquisa: grupo experimental 1 (GE 1) composto por três participantes (P1, P2 e P3); grupo experimental 2 (GE 2) por cinco deles (P4, P5, P6, P7 e P8); grupo controle (GC) com três pacientes (P9, P10 e P11). Na seleção dos participantes não foi feita distinção entre sexo, raça, situação conjugal, condição socioeconômica e tempo de doença. Os participantes eram maiores de 18 anos e alfabetizados. Foram excluídos do estudo pacientes que tinham comprometimento intelectual ou outra limitação cognitiva que impossibilitasse a resposta aos instrumentos e realização da intervenção cognitivo-comportamental.

As idades dos participantes variaram entre 30 e 56 anos ( $M = 44,1$ ;  $DP = 7,4$ ), havendo predomínio de pessoas do sexo masculino ( $n = 7$ ), que

não tinham companheiro(a) ( $n = 7$ ) e não estavam trabalhando ( $n = 6$ ). A escolaridade mais frequente foi o ensino médio completo ( $n = 6$ ), seguida de ensino médio incompleto ( $n = 2$ ). No que tange à renda familiar, a maioria dos participantes vivia com dois a três salários mínimos ( $n = 7$ ). Todos os participantes relataram ter crenças religiosas.

Com relação aos dados médico-clínicos, a maioria tinha mais de 10 anos de diagnóstico ( $n = 8$ ) e já havia sido internada devido a problemas de saúde relacionados ao HIV ( $n = 6$ ). Comorbidades com o HIV/aids foram negadas por sete participantes. A maioria fazia uso dos antirretrovirais há mais de seis anos ( $n = 7$ ). Sobre a adesão autorrelatada, todos os participantes afirmaram que estavam seguindo o tratamento à risca, conforme as recomendações médicas. A maioria dos pacientes já havia recebido atendimento psicológico em decorrência de questões relacionadas ao diagnóstico de HIV/aids ( $n = 9$ ), sendo que quatro pessoas relataram fazer ou já ter feito acompanhamento psiquiátrico. Esse estudo foi desenvolvido em um serviço que oferece atendimento médico e psicossocial a PVHIV, em nível ambulatorial e de internação, em um hospital universitário localizado na cidade de Brasília-DF.

Para as avaliações pré e pós-intervenção (ao final, aos seis e doze meses após o término) foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (*BriefIPQ*): questionário adaptado e validado no Brasil por Nogueira et al. (2016) a partir da versão em língua inglesa (Broadbent et al., 2006). Composto por nove itens que avaliam a representação cognitiva e emocional da doença, sendo que sete itens são avaliados utilizando uma escala de 0-10 ( $\alpha = 0,64$ ) e dois itens por perguntas abertas. A amplitude do escore global do instrumento é de 0 a 70, sendo que quanto mais próximo de 70, maior a percepção de ameaça imposta pela enfermidade. Pessoas com um escore igual ou maior que 33 apresentam uma percepção de relevante ameaça imposta pela doença Nogueira et al. (2016). Nas questões abertas é feita a análise qualitativa das respostas.

Roteiro de entrevista sobre percepção de doença na linha de base e pós-intervenção: esse roteiro semiestruturado foi desenvolvido para a avaliação complementar da percepção de doença, composto por nove questões que abordaram componentes desse construto baseados no Modelo de Autorregulação de Leventhal (percepção de sintomas, de controle da doença, de consequências, de alterações emocionais e sobre compreensão da doença). A versão pós-intervenção teve uma pergunta adicional visando a identificação de possíveis mudanças na percepção de doença, bem como fatores associados à sua ocorrência.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS): foi usada a versão adaptada e validada para a cultura brasileira (Marcolino et al., 2007), composta

por 14 itens: sete avaliam ansiedade (HADS-A,  $\alpha = 0,79$ ) e sete a ocorrência de depressão (HADS-D;  $\alpha = 0,84$ ). Os itens podem ser pontuados de zero a três, totalizando 21 pontos para cada escala. Pessoas que obtêm escores iguais ou superiores a nove são consideradas com sintomas de ansiedade e/ou depressão.

Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP): foi aplicada a escala validada para a população brasileira por Seidl et al. (2001), composta por 45 itens, distribuídos em quatro fatores: enfrentamento focalizado no problema (18 itens,  $\alpha = 0,84$ ); enfrentamento focalizado na emoção (15 itens,  $\alpha = 0,81$ ); busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (7 itens,  $\alpha = 0,74$ ) e busca de suporte social (5 itens,  $\alpha = 0,70$ ). As respostas são dadas em escala Likert (1 = Eu nunca faço isso; 5 = Eu faço isso sempre). Os escores, obtidos por média aritmética, variam de um a cinco, sendo que valores mais elevados indicam maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento.

Por fim, foi aplicado ainda um questionário sociodemográfico e médico-clínico para descrição desses dados dos participantes.

Para a intervenção foi elaborado um manual psicoeducativo (MP) sobre HIV/aids. Esse manual, com 42 páginas, aborda os componentes de representação cognitiva e emocional: identidade da doença (descrição sobre HIV/aids, sintomas e características essenciais da doença); consequências (informações sobre as consequências da condição e mudanças necessárias no estilo de vida); cura/controle (conhecimentos sobre o controle da doença e o tratamento); preocupação (informações sobre as preocupações mais frequentes e dicas de manejo); emoções (conhecimentos sobre alterações psicológicas comuns em PVHIV e dicas de manejo); compreensão da doença (resumo de informações gerais e básicas sobre HIV/aids); causa (descrições acerca das possíveis causas de infecção pelo HIV); dimensão temporal (informações sobre o tempo de duração da condição crônica). O MP possui ilustrações complementares ao texto, visando facilitar a compreensão das informações e de seu conteúdo (Nogueira, 2016).

A coleta de dados teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Parecer nº 331.052). Os procedimentos realizados no estudo envolveram: avaliação inicial/linha de base (etapa 1), intervenção cognitivo-comportamental em grupo ou leitura exclusiva do manual psicoeducativo sobre HIV/aids (etapa 2), avaliação pós-intervenção (etapa 3), avaliação após seis meses da intervenção (etapa 4) e avaliação após um ano (etapa 5).



## **Avaliação Inicial (Linha de Base – Etapa 1)**

Inicialmente, foi feito o convite para participação na pesquisa em sala de espera ambulatorial e por meio de cartazes afixados em pontos estratégicos do hospital onde foi conduzido o estudo e em outras unidades de referência na assistência em HIV/aids no Distrito Federal. Aqueles que foram convidados, mas que não tinham interesse ou disponibilidade para participar do GE 1 (intervenção em grupo), foram convidados a participar do GE 2 (leitura do manual psicoeducativo) ou do GC (caso não tivessem disponibilidade para voltar em 15 dias para a segunda avaliação). Antes da avaliação inicial os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, responderam em formato de entrevista aos questionários sociodemográfico, médico-clínico, entrevista sobre a percepção de doença (gravada em áudio) e aos instrumentos de autorrelato: *Brief IPQ*, HADS e EMEP.

## **Intervenção Cognitivo-comportamental em Grupo e Leitura do Manual Psicoeducativo sobre HIV/aids (Etapa 2)**

As sessões foram realizadas em seis encontros de aproximadamente duas horas cada, conduzidas pela pesquisadora com o auxílio de uma auxiliar de pesquisa. Durante as sessões objetivou-se a promoção de mudanças na percepção de doença, especialmente a redução da percepção de ameaça decorrente da condição de soropositividade, visando o desenvolvimento de estratégias mais adaptativas para lidar com a condição e melhora do estado emocional. Ressalta-se que para a mudança de percepção de doença durante as intervenções psicológicas, além do manual psicoeducativo, foram utilizadas estratégias cognitivo-comportamentais como reestruturação cognitiva, balanço/matriz de vantagens e desvantagens para aderir aos antirretrovirais, cartões de enfrentamento, treino em habilidades sociais/assertividade, ativação comportamental, relaxamento muscular progressivo de Jacobson e respiração diafragmática. As intervenções foram gravadas em áudio. O resumo das sessões está na Tabela 1. Os participantes (GE2) que aceitaram fazer a leitura do manual psicoeducativo, o fizeram em suas residências e foi acordado que deveriam retornar após 15 dias para nova avaliação.

**Tabela 1** – Resumo da Estrutura das Sessões Aplicada ao Grupo Experimental 1 (GE 1)

| Sessões | Atividades/ Estratégias e Técnicas Cognitivo-Comportamentais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1ª      | <u>Atividades</u> : apresentação da pesquisadora e participantes; dinâmica de abertura; exposição dos objetivos do estudo, cronograma das atividades e conteúdo programático; discussão de normas sobre funcionamento do grupo; psicoeducação sobre a terapia cognitivo-comportamental; leitura e discussão do tema “identidade” da doença do MP; dinâmica de encerramento. <u>Estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais</u> : psicoeducação; identificação e reestruturação de crenças disfuncionais.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2ª      | <u>Atividades</u> : discussão da dinâmica de encerramento da sessão anterior e revisão do tema “identidade” da doença; abordagem dos componentes de percepção de doença, “causas” e “dimensão temporal”; dinâmica de encerramento e proposta de tarefa de casa (implementar mudanças em prol de uma vida mais saudável e registrar). <u>Estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais</u> : psicoeducação; identificação e reestruturação de crenças disfuncionais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 3ª      | <u>Atividades</u> : discussão da tarefa de casa e revisão dos temas “causas” e “dimensão temporal”; leitura e discussão dos temas “consequências” e “cura/controlar” do MP; preenchimento e discussão da matriz de vantagens e desvantagens de aderir ao tratamento antirretroviral; tarefa de casa (cartões de enfrentamento como auxílio na adesão ao tratamento). <u>Estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais</u> : psicoeducação, identificação e reestruturação de crenças disfuncionais, matriz de vantagens e desvantagens para adesão ao tratamento antirretroviral e cartões de enfrentamento.                                                                                                                                                               |
| 4ª      | <u>Atividades</u> : discussão da tarefa de casa e revisão dos temas “consequências” e “cura/controlar”; leitura e discussão do tema “preocupações” do MP; psicoeducação e treino em assertividade; tarefa de casa (reflexões sobre barreiras impostas nos relacionamentos interpessoais e registro de tentativas de comportamentos assertivos). <u>Estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais</u> : psicoeducação; identificação e reestruturação de crenças disfuncionais; treino em habilidades sociais/assertividade.                                                                                                                                                                                                                                                |
| 5ª      | <u>Atividades</u> : discussão da tarefa de casa e revisão do tema “preocupações”; leitura e discussão do tema “emoções” do MP; ensinadas e discutidas estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais para manejo de sintomas de ansiedade e depressão, como relaxamento muscular progressivo e respiração diafragmática (ansiedade) e reestruturação cognitiva e ativação comportamental (depressão); tarefa de casa (exercícios de relaxamento e respiração diafragmática com registro de tensão antes e após a atividade e diário de pensamentos disfuncionais). <u>Estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais</u> : psicoeducação; reestruturação cognitiva; ativação comportamental; treino em respiração diafragmática e em relaxamento progressivo de Jacobson. |
| 6ª      | <u>Atividades</u> : discussão da tarefa de casa e revisão do tema “emoções” do MP; leitura e reflexões sobre o tema “compreensão” do MP; dinâmica de encerramento e tarefa de casa (continuar aplicando as estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais aprendidas no grupo). Encerramento da intervenção. <u>Estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais</u> : psicoeducação, identificação e reestruturação de crenças disfuncionais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## Avaliação Pós-Intervenção (Etapas 3, 4 e 5)

Para identificar os efeitos da intervenção cognitivo-comportamental, os pacientes do GE 1 e do GC foram avaliados logo após a conclusão das seis sessões e responderam novamente aos instrumentos da pesquisa. Já os participantes do GE 2 foram novamente avaliados, individualmente, com os mesmos instrumentos após leitura do manual, sendo fornecido o prazo de 15 dias para o retorno (etapa 3). O GE 1, o GE 2 e o GC foram também

avaliados após seis meses (etapa 4) e após um ano (etapa 5), com o intuito de identificar se os efeitos da intervenção se manteriam a longo prazo. As avaliações de seguimento foram agendadas via telefone. Participantes que faltaram ao agendamento três vezes foram automaticamente excluídos do estudo. Desta forma, 27 pessoas responderam à avaliação inicial (GE 1=7, GE 2 =10 e GC=10), sendo alcançado o número de participantes desejado apenas no GE 2 e no GC. Contudo, em decorrência das desistências durante o período de condução da pesquisa se chegou ao número final do estudo com 11 participantes (GE 1 = 3; GE 2 = 5; GC = 3). Ressalta-se que as avaliações referentes às etapas 3, 4 e 5 do GE 1 foram conduzidas por auxiliares de pesquisa (treinadas previamente), com o intuito de minimizar a desejabilidade social dos respondentes.

Os dados foram analisados de forma quantitativa e qualitativa. Quanto aos dados quantitativos, ressalta-se que havia a previsão de se proceder a análises inferenciais, tendo em vista o desenho quase experimental da pesquisa e o objetivo de identificar os efeitos das condições aplicadas aos três grupos. No entanto, diante da perda amostral e do reduzido número de participantes – foram analisados os dados das 11 pessoas que se mantiveram nas etapas 1 a 5 e permaneceram nos grupos até o final da pesquisa –, optou-se por não realizar análises estatísticas inferenciais. Destaca-se ainda que o N inicial, planejado para cada grupo, era maior que o efetivamente obtido. Assim, a análise estatística das variáveis estudadas (com escores médios dos grupos e individuais dos participantes), por meio do pacote SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18,5), foi descritiva. A análise qualitativa, por sua vez, foi utilizada para analisar as entrevistas sobre percepção de doença e baseou-se no referencial de Bardin (2006). Em suma, optou-se por uma análise dos resultados que valorizasse aspectos mais qualitativos do estudo, mesmo com dados numéricos provenientes das escalas utilizadas.

## Efeitos na Percepção de Doença

No que tange à percepção de doença no GE 1, avaliada pelo *BriefIPQ*, não ocorreram alterações no escore médio do grupo logo após a intervenção cognitivo-comportamental, mantendo-se igual a 32, como na linha de base. Contudo, houve ligeira redução nas avaliações de seguimento (ver Tabela 2). Individualmente, foram observadas mudanças relevantes apenas em P3 que obteve redução expressiva na percepção de ameaça imposta pela enfermidade após a intervenção cognitivo-comportamental, com manutenção de ganhos no seguimento. P1 e P2, por sua vez, mantiveram tendência à percepção

de relevante ameaça imposta pela enfermidade no decorrer do estudo, com escores maiores que 33 nas avaliações subsequentes.

No GE 2, observou-se discreto aumento na percepção de ameaça imposta pela doença após a leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids, mas decréscimo no seguimento. Ressalta-se que foram observadas alterações relevantes no decorrer da pesquisa em P5 e P7, que deixaram de perceber a doença como uma ameaça importante após a leitura do manual psicoeducativo, com manutenção dos ganhos no seguimento. No GC houve uma tendência ao aumento na percepção de ameaça imposta pela enfermidade no decorrer das avaliações, especialmente para P10, que inicialmente não percebia a doença como uma ameaça relevante.

**Tabela 2** – Percepção de Doença dos GE 1, GE 2 e GC: Escores Médios e Individuais (N=11)

| Grupos | Participantes     | Percepção de doença |                    |             |             |
|--------|-------------------|---------------------|--------------------|-------------|-------------|
|        |                   | Linha de base       | Após a intervenção | 6 meses     | 12 meses    |
| GE 1   | Escore médio (DP) | 32 (2,6)            | 32 (9,6)           | 30,3 (6,6)  | 29,3 (12,4) |
|        | P1                | 33                  | 39                 | 36          | 36          |
|        | P2                | 34                  | 36                 | 32          | 37          |
|        | P3                | 29                  | 21                 | 23          | 15          |
| GE 2   | Escore médio (DP) | 28,2 (18,5)         | 29,8 (17,4)        | 24,4 (13,6) | 24 (13,9)   |
|        | P4                | 32                  | 32                 | 31          | 34          |
|        | P5                | 50                  | 45                 | 30          | 30          |
|        | P6                | 23                  | 39                 | 30          | 24          |
|        | P7                | 36                  | 33                 | 31          | 32          |
|        | P8                | 0                   | 0                  | 0           | 0           |
| GC     | Escore médio (DP) | 27,3 (8,1)          | 30 (13,5)          | 25 (8,2)    | 27,7 (19,3) |
|        | P9                | 32                  | 31                 | 23          | 34          |
|        | P10               | 32                  | 43                 | 34          | 43          |
|        | P11               | 8                   | 6                  | 9           | 9           |

*Nota.* Quanto maior o escore, maior a percepção de ameaça imposta pela doença, sendo 33 o ponto de corte (Nogueira et al., 2016).

Na entrevista sobre percepção de doença foram observados efeitos positivos sobre os componentes de representação cognitiva e emocional do GE 1: controle pessoal (expresso pelo aumento da percepção de formas de controle pessoal da doença), consequências (percepção de consequências mais brandas associadas ao HIV/aids), emoções (relatos de melhora do estado emocional) e compreensão (maior compreensão da doença). Também houve relatos de mudanças na forma de pensar e lidar com a enfermidade após a intervenção cognitivo-comportamental, mantidas por todos os participantes do GE 1 no decorrer da pesquisa, o que sugere que a intervenção cognitivo-comportamental em grupo acarretou efeitos positivos sobre a vida dos participantes: P1

referiu aumento da autoconfiança e melhor aceitação da doença; P2 passou a ser mais responsável, mais cuidadoso, mais atencioso com os cuidados pessoais; e P3 esclareceu dúvidas que tinha sobre o HIV/aids. As afirmações dos participantes exemplificam tais efeitos da intervenção: “aumentou a confiança em mim mesma, hoje eu sei me defender melhor, aceitar melhor a doença” (P1); “eu passei a ser mais responsável, mais cuidadoso, com a alimentação, com a higiene, uma série de coisas” (P2); “estou vivendo normal, do jeito que tiver que levar eu levo, não coloco preocupação na minha cabeça não... viver da melhor maneira possível” (P3).

Efeitos benéficos sobre a percepção de doença também foram evidenciados na análise das entrevistas do GE 2, especialmente com relação aos componentes: controle pessoal, consequências e compreensão. Mudanças na forma de pensar e lidar com a soropositividade após a leitura do manual psicoeducativo foram descritas e mantidas apenas por P6 que afirmou: “tenho buscado cada vez mais me informar”.

No GC houve impacto positivo apenas no controle pessoal, mas piora do componente emocional. Não foram relatadas mudanças na forma de pensar e de lidar com a doença, permitindo concluir que a intervenção cognitivo-comportamental e a leitura do manual acarretaram efeitos positivos sobre a percepção de doença, sugerindo que ambas foram superiores à ausência de intervenção.

## **Efeitos nos Sintomas Ansiosos e Depressivos**

Com relação à avaliação da ansiedade no GE 1 houve redução expressiva do escore médio durante a pesquisa (ver Tabela 3). Individualmente, foram observados efeitos positivos para os participantes P1 e P3, que iniciaram o estudo com sintomas de ansiedade e finalizaram sem, sugerindo que a intervenção cognitivo-comportamental possa ter tido efeitos sobre essa variável. Efeitos positivos também foram identificados no GE 2 que teve redução no escore médio de ansiedade. Dois participantes (P5 e P6) mudaram seu *status* de com ansiedade para sem ansiedade durante a investigação, sendo que P4 manteve os escores para ansiedade em níveis moderados. Já no GC houve aumento do escore médio de ansiedade, bem como piora dos sintomas de ansiedade de P10 que iniciou a pesquisa sem ansiedade e finalizou com. Tal fato reforça os efeitos positivos da intervenção cognitivo-comportamental sobre o GE 1 e da leitura do MP sobre o GE 2.

**Tabela 3** – Ansiedade e Depressão dos GE 1, GE 2 e GC: Escores Médios e Individuais

| Variáveis              | Participantes     |                   | Linha de base | Após a intervenção | 6 meses   | 12 meses  |
|------------------------|-------------------|-------------------|---------------|--------------------|-----------|-----------|
| Ansiedade <sup>1</sup> | GE 1              | Escore médio (DP) | 11,3 (4,2)    | 9 (4,6)            | 9 (1)     | 3,7 (2,1) |
|                        |                   | P1                | 16            | 13                 | 10        | 2         |
|                        |                   | P2                | 8             | 10                 | 9         | 6         |
|                        |                   | P3                | 10            | 4                  | 8         | 3         |
|                        | GE 2              | Escore médio (DP) | 8,8 (5,3)     | 7,8 (5,9)          | 7,2 (5,1) | 7 (4,9)   |
|                        |                   | P4                | 14            | 16                 | 15        | 15        |
|                        |                   | P5                | 14            | 10                 | 7         | 6         |
|                        |                   | P6                | 9             | 8                  | 8         | 8         |
|                        | GC                | P7                | 4             | 5                  | 5         | 3         |
|                        |                   | P8                | 3             | 0                  | 1         | 3         |
|                        |                   | Escore médio (DP) | 3,3 (2,3)     | 6 (2,6)            | 5 (3)     | 6 (3,6)   |
| Depressão <sup>2</sup> | GE 1              | P9                | 6             | 8                  | 8         | 7         |
|                        |                   | P10               | 2             | 7                  | 5         | 9         |
|                        |                   | P11               | 2             | 3                  | 2         | 2         |
|                        |                   | Escore médio (DP) | 11,7 (2,1)    | 8,3 (2,1)          | 7,7 (1,1) | 6,7 (3,5) |
|                        | GE 2              | P1                | 14            | 9                  | 9         | 7         |
|                        |                   | P2                | 10            | 10                 | 7         | 10        |
|                        |                   | P3                | 11            | 6                  | 7         | 3         |
|                        |                   | Escore médio (DP) | 8,6 (5,7)     | 9,2 (7)            | 9,2 (6,5) | 8,4 (6,3) |
|                        | GC                | P4                | 13            | 14                 | 13        | 14        |
|                        |                   | P5                | 15            | 18                 | 17        | 16        |
|                        |                   | P6                | 5             | 6                  | 6         | 5         |
| P7                     |                   | 9                 | 8             | 10                 | 6         |           |
| P8                     |                   | 1                 | 0             | 0                  | 1         |           |
| GC                     | Escore médio (DP) | 3,7 (3,2)         | 5,7 (3,5)     | 4,3 (2,1)          | 6,3 (5,5) |           |
|                        | P9                | 6                 | 6             | 5                  | 6         |           |
|                        | P10               | 5                 | 9             | 6                  | 12        |           |
|                        |                   | P11               | 0             | 2                  | 2         | 1         |

Nota: 1 – Escores maiores que nove indicam ansiedade;

2 – Escores maiores que nove indicam depressão.

Sobre a variável depressão (ver Tabela 3), houve expressiva redução no escore médio do GE 1 após a intervenção cognitivo-comportamental, sendo que P1 e P3 iniciaram a pesquisa com depressão e finalizaram sem. Não foram identificadas alterações relevantes nos níveis de depressão do GE 2 após leitura do manual psicoeducativo, já que houve pouca variabilidade no escore médio e apenas P7 alterou seu *status* para sem depressão. No GC houve uma tendência de aumento no escore médio de depressão durante o estudo, havendo piora dos sintomas de P10 que iniciou a pesquisa sem depressão e finalizou com.

## Efeitos sobre as Estratégias de Enfrentamento

Observou-se no GE 1, após a intervenção cognitivo-comportamental, aumento no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, redução no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, aumento da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e redução da busca de suporte social. Ressalta-se que a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso foi a estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos participantes. Individualmente, P1 e P3 recorreram, predominantemente, às mesmas estratégias de enfrentamento durante toda a pesquisa, apesar de haver uma tendência de P1 à redução no uso de enfrentamento focalizado na emoção. Já P2 mesclou o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e busca de práticas religiosas. Dado o aumento do uso de estratégias focalizadas no problema, ao lado da redução de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, acredita-se que a intervenção cognitivo-comportamental favoreceu a utilização de estratégias mais adaptativas pelo GE 1 (ver Tabela 4).

**Tabela 4** – Estratégias de Enfrentamento nos GE1, GE2 3 e GC: Escores Médios e Individuais

| Avaliações | Enfrentamento focalizado no problema |                |                |                | Enfrentamento focalizado na emoção |                |                |                | Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso |                |                |                | Busca de suporte social |                |                |                |
|------------|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|-------------------------|----------------|----------------|----------------|
|            | 1 <sup>a</sup>                       | 2 <sup>a</sup> | 3 <sup>a</sup> | 4 <sup>a</sup> | 1 <sup>a</sup>                     | 2 <sup>a</sup> | 3 <sup>a</sup> | 4 <sup>a</sup> | 1 <sup>a</sup>                                     | 2 <sup>a</sup> | 3 <sup>a</sup> | 4 <sup>a</sup> | 1 <sup>a</sup>          | 2 <sup>a</sup> | 3 <sup>a</sup> | 4 <sup>a</sup> |
| EM (GE1)   | 3,7                                  | 3,8            | 4,1            | 4              | 2,6                                | 2,7            | 2,5            | 2,2            | 4,1                                                | 4,4            | 4,5            | 4,4            | 2,6                     | 2,5            | 2              | 2,2            |
| P1         | 4,6                                  | 4,4            | 4,6            | 4,5            | 2,8                                | 2,7            | 2              | 1,6            | 5                                                  | 4,7            | 4,9            | 4,8            | 3,4                     | 3              | 2,6            | 2,6            |
| P2         | 3,3                                  | 2,8            | 3,7            | 3,4            | 2,1                                | 2,2            | 2,3            | 2,6            | 2,8                                                | 3,7            | 3,7            | 3,7            | 3                       | 2,2            | 2              | 2,4            |
| P3         | 3,3                                  | 4,2            | 4,1            | 4,2            | 3                                  | 3,3            | 3,1            | 2,5            | 4,6                                                | 4,7            | 4,9            | 4,7            | 1,4                     | 2,4            | 1,4            | 1,6            |
| EM (GE2)   | 3,5                                  | 3,5            | 3,4            | 3,7            | 2,3                                | 2,2            | 2,3            | 2,1            | 4                                                  | 3,6            | 3,8            | 3,3            | 1,9                     | 2,5            | 2,2            | 2,4            |
| P4         | 3,1                                  | 3              | 3,2            | 3,1            | 3                                  | 3              | 2,5            | 2,8            | 3,7                                                | 3,6            | 3,6            | 3,7            | 2,2                     | 2,6            | 2,4            | 2,2            |
| P5         | 3                                    | 2              | 1,9            | 2,2            | 3                                  | 1,8            | 3,5            | 2,3            | 4,4                                                | 3,7            | 3,4            | 2,6            | 1                       | 1              | 1              | 1,4            |
| P6         | 3,9                                  | 3,7            | 4,2            | 4,5            | 1,8                                | 2,3            | 1,4            | 1,7            | 4,3                                                | 4,1            | 4,1            | 3,9            | 3,4                     | 4,2            | 4,2            | 4,2            |
| P7         | 2,9                                  | 4,2            | 3,5            | 3,3            | 1,9                                | 2,5            | 2,5            | 2,4            | 2,4                                                | 2,9            | 3              | 2,7            | 2                       | 2,2            | 1              | 1,4            |
| P8         | 4,8                                  | 4,8            | 4,3            | 5              | 1,8                                | 1,3            | 1,5            | 1,5            | 5                                                  | 3,9            | 5              | 3,9            | 1                       | 2,6            | 2,2            | 2,8            |
| EM (GC)    | 4,1                                  | 3,8            | 4,1            | 3,9            | 2                                  | 2              | 1,7            | 2,1            | 3,6                                                | 3,3            | 3,7            | 3,4            | 2,5                     | 2,8            | 3,1            | 2,2            |
| P9         | 4,2                                  | 3,5            | 3,9            | 3,7            | 1,8                                | 2,2            | 1,9            | 2,1            | 4,3                                                | 3,5            | 4,6            | 4,3            | 3,2                     | 2,2            | 2,4            | 2              |
| P10        | 4,1                                  | 3,9            | 4,7            | 3,8            | 2,8                                | 2,7            | 2,1            | 2,8            | 4,4                                                | 4,1            | 4,1            | 4,2            | 2,3                     | 3,6            | 3,7            | 2,2            |
| P11        | 4,1                                  | 3,9            | 3,8            | 4,2            | 1,4                                | 1,3            | 1,1            | 1,4            | 2                                                  | 2,2            | 2,4            | 1,7            | 2                       | 2,6            | 3,2            | 2,4            |

*Nota:* EM = escore médio.

No GE 2, de maneira geral, houve discreto aumento no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema na avaliação final, tendência a

decréscimo no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, além da elevação na busca de suporte social. Individualmente, cabe ressaltar que P4 utilizou busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e P7 estratégias de enfrentamento focalizadas no problema durante todo o período da pesquisa; P5 utilizou predominantemente a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso; P6, o suporte social e estratégias focalizadas no problema; e P8 mesclou o uso da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e estratégias focalizadas no problema. Houve uma tendência à redução no uso de estratégias focalizadas na emoção, especialmente em P4, P5, P6 e P8. Ao que parece, P6 foi o participante que apresentou as mudanças mais relevantes no uso de estratégias de enfrentamento após a leitura do MP sobre HIV/aids, pois passou a utilizar o suporte social e enfrentamento focalizado no problema ao invés da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, bem como apresentou redução do uso de estratégias de focalizadas na emoção. Assim, acredita-se que a leitura do MP sobre HIV/aids acarretou efeitos positivos sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo GE 2, com aumento do uso de estratégias focalizadas no problema e a busca por suporte social, bem como uso de estratégias de enfrentamento mais adaptativas por P6.

O GC recorreu a estratégias de enfrentamento focalizadas no problema durante toda a investigação, seguida da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso. Não foram identificadas alterações relevantes nas outras modalidades de enfrentamento durante a pesquisa. A análise individual revelou um uso preponderante da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso; P11 manteve o uso majoritário de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. Desta forma, não foram observadas alterações relevantes nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes do GC.

## **Discutindo a Relação entre Percepção de Doença e PVHIV**

A percepção de doença é uma variável importante a ser investigada em PVHIV, associada ao gerenciamento efetivo da condição crônica (Nogueira, 2016; Reynolds et al., 2009). No presente estudo o objetivo foi avaliar os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre a percepção de doença dessa população, além de outras variáveis. É possível concluir que foram observados efeitos positivos sobre a percepção de doença no grupo que recebeu a intervenção cognitivo-comportamental, especialmente ao se considerar os dados provenientes da entrevista sobre



percepção de doença, na qual foram identificadas alterações benéficas nos componentes: controle pessoal, consequências, emoções e compreensão. Contudo, ao se analisar os escores do *Brief* IPQ dos participantes individualmente, observou-se uma tendência de dois participantes quanto à manutenção da percepção da enfermidade como uma ameaça relevante. É possível que reflexões ocorridas durante o grupo, bem como a internalização de experiências vivenciadas e relatadas pelos pares possa ter contribuído para a manutenção da visão da doença como uma ameaça ao longo do tempo, segundo os escores do *Brief* IPQ.

Não foram encontrados estudos sobre os efeitos da TCC sobre a percepção de doença de PVHIV com delineamentos longitudinais. Pesquisadores de outros países remetem à relevância de investigações destinadas à avaliação de mudanças na percepção de doença, ressaltando que estas são escassas. Nas últimas décadas, a grande maioria das pesquisas foi destinada à avaliação do papel da representação cognitiva e emocional em diferentes doenças e agravos à saúde mediante estudos predominantemente descritivos e transversais (McAndrew et al., 2008).

Efeitos positivos sobre a percepção de doença também foram observados no grupo que fez a leitura exclusiva do manual psicoeducativo sobre HIV/aids. Não foram encontrados estudos que abordassem o impacto da psicoeducação, como técnica exclusiva e sem a intervenção de um profissional, sobre a percepção de doença de PVHIV, mas existem evidências de efeitos positivos no contexto da saúde mental (Wiseman et al., 2015). Contudo, tais resultados não podem ser generalizados para a população soropositiva por se tratar de agravos distintos, mas servem de estímulo para o desenvolvimento de pesquisas futuras que investiguem de maneira mais aprofundada os efeitos de programas psicoeducacionais sobre a percepção de doença de PVHIV com base em materiais específicos como o MP.

Em relação à ansiedade e depressão, condições frequentes em PVHIV (Feuillet, 2017; Ministério da Saúde, 2012; Seidl & Faustino, 2014), pode-se pensar que pode haver uma associação entre esses quadros e a percepção ameaçadora da doença. Existem estudos que indicam que pessoas com uma percepção de doença negativa são mais propensas a desenvolver depressão (Sale, 2014). A associação entre percepção de doença e ansiedade também tem sido descrita (Nogueira & Seidl, 2016): sintomas de ansiedade estiveram associados à percepção de sintomas mais graves da doença, mais preocupações relacionadas à enfermidade e maior impacto emocional. Tal fato reforça a relevância de intervenções psicológicas direcionadas a alterações na percepção de doença, que podem ter efeitos sobre quadros de depressão e/ou de

ansiedade. Nesse sentido, a intervenção cognitivo-comportamental aplicada ao GE 1 parece ser uma alternativa viável aos psicólogos da saúde que atuam com PVHIV, considerando que foi observada redução do escore médio de ambas as variáveis (ansiedade e depressão), com melhores resultados se comparados à leitura exclusiva de material psicoeducativo (GE 2) e ausência da intervenção (GC). Tal como observado na presente pesquisa, outros estudos remetem à efetividade de intervenções cognitivo-comportamentais sobre a ansiedade e/ou depressão (Pu et al., 2019; Safren et al., 2012).

Já o enfrentamento de PVHIV é uma variável que tem despertado o interesse de pesquisadores nacionais e internacionais, pois remete às estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para lidar com um estressor (Norcini Pala & Steca, 2015; Seidl, 2005; Seidl et al., 2018). À semelhança desse estudo, outra pesquisa brasileira observou que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por PVHIV foram as focalizadas no problema e busca de práticas religiosas, em detrimento de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Cabe ressaltar que o enfrentamento focalizado na emoção sugere a presença de dificuldades psicológicas, como sentimentos de culpa, emoções negativas e esquiva (Seidl, 2005). Mudanças na forma de pensar sobre e lidar com a doença foram ao encontro do uso de estratégias de enfrentamento adaptativas nos GE 1 e GE 2, tais como melhora do autocuidado, da aceitação da doença e busca por informações. Cabe mencionar que Leventhal et al. (1980) defendem a existência de uma estreita relação entre percepção de doença e enfrentamento, pois, segundo os autores, pessoas que procuram dar um sentido à ameaça imposta pela enfermidade por meio da representação cognitiva, como os participantes dos GE 1 e 2, buscavam a solução do problema ativamente.

Em suma, foram observados efeitos positivos da intervenção cognitivo-comportamental e da leitura do manual psicoeducativo, levando-se em conta os resultados das variáveis investigadas, especialmente percepção de doença, com base na entrevista e nos dados descritivos dos instrumentos de autorrelato analisados por meio dos escores médios e individuais. Assim, nesse estudo foi valorizada a significância prática/clínica, em função da não condução de testes estatísticos inferenciais, devido à limitação no que tange ao número pequeno de participantes que se manteve no período de seguimento. Outros estudos que repliquem a presente proposta, com amostras maiores, são necessários para confirmação dos resultados encontrados.

## **Considerações Finais**

Os resultados sugerem a existência de efeitos positivos da intervenção cognitivo-comportamental sobre a percepção de doença de PVHIV, bem como sobre outras variáveis psicológicas: ansiedade, depressão e enfrentamento. Como principais limitações do presente estudo, merecem destaque: número reduzido de participantes, amostra de conveniência, condução da pesquisa em uma única instituição de saúde e a perda amostral na fase de seguimento.

As sugestões para pesquisas futuras incluem a replicação da proposta atual em outras instituições de saúde, com amostras maiores e na modalidade individual, tendo em vista a dificuldade de adesão de PVHIV a atividades em grupo. Espera-se que a pesquisa contribua para a prática de psicólogos que trabalham nessa área, favorecendo a implementação de intervenções psicológicas que modifiquem a percepção de doença, de maneira a reduzir o sofrimento psíquico, favorecendo a adaptação à enfermidade em pessoas que vivem com HIV.

## REFERÊNCIAS

Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Brito, H. L., & Seidl, E. M. F. (2015). Intervenções cognitivo-comportamentais em pacientes com HIV/aids: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 17(2), 66-77. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v17i2.751>

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>

Cameron, L., & Leventhal, H. (2003). Self-regulation, health, and illness: a overview. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 1-14). Routledge.

Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 506-513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.006>.

Faustino, Q. M., & Seidl, E. M. F. (2010). Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 121-130. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100014>

Feuillet, P., Lert, F., Tron, L., Aubriere, C., Spire, B., & Dray-Spira, R. (2017). Prevalence of and factors associated with depression among people living with HIV in France. *HIV Medicine*, 18(6), 383-394. <https://doi.org/10.1111/hiv.12438>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2019). *Estatísticas*. Retirado de: Lee, Y., Baek, J. M., Jeon, Y. W., & Im, E. O. (2019). Illness perception and sense of well-being in breast cancer patients. *Patient Preference and Adherence*, 13, 1557-1567. <https://doi.org/10.2147/PPA.S225561>

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Eds.), *Medical psychology* (pp. 7-30). Pergamon Press.

Luenen, S., Kraaij, V., Spinhoven, P., Wilderjans, TF., & Garnefski, N. (2019). Exploring mediators of a guided web-based self-Help intervention for people with HIV and depressive symptoms: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 6(8), 1-32. <https://doi.org/10.2196/12711>

Marcolino, J. A. M., Mathias, L. A. S. T., Piccinini Filho, L., Guaratini, A. A., Suzuki, F. M., & Alli, L. A. C. (2007). Escala de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(1), 52-62. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942007000100006>

McAndrew, L. M., Musumeci-Szabo, T. J., Mora, P. A., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E. A., Leventhal, E. A., & Levental, H. (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. *British Journal of Health Psychology*, 13, 195–204. <https://doi.org/10.1348/135910708X295604>

Ministério da Saúde (2012). *Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DST/Aids*. Autor.

Ministério da Saúde. (2014). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Autor.

Ministério da Saúde. (2019). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico Especial – HIV/Aids*. Autor.

Nogueira, G. S. (2016). *Efeitos de intervenção cognitivo-comportamental sobre a percepção de doença de pessoas que vivem com HIV/aids*. Tese de doutorado não publicada. Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal.

Nogueira, G. S., & Seidl, E. M. F. (2016). Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas com HIV/aids. *Temas em Psicologia*, 24(2), 595-608. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-12>

Nogueira, G. S., Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2016). Análise fatorial exploratória do questionário de percepção de doenças versão breve (Brief IPQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 161-168. <https://doi.org/10.1590/0102-37722016011871161168>

Norcini Pala, P. A., & Steca, P. (2015). Illness perceptions and coping strategies among individuals diagnosed with HIV. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(4), 620-631. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9639-0>

Pacheco-Huergo, V., Vildrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P., Amado-Guirado, E., Núñez, E., & Val, J. L. (2012). Percepción em enfermidades crônicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, 44(5), 280-287. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.022>

Pu, H., Hernandez, T., Sadeghi, J., & Cervia, J. S. (2019). Systematic review of cognitive behavior therapy to improve mental health of women living with HIV. *Journal of Investigative Medicine*, 67(7), 30-36. <https://doi.org/10.1136/jim-2019-000996>

Ramos-Cerqueira, A. T. A., Seidl, E. M. F., Malerbi, F. E. K., Nogueira, G. S., & Côco, I. T. (2018). Adesão a tratamento em doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. In E. M. F. Seidl, M. C. O. S. Miyazaki, A. T. A. Ramos-Cerqueira, & N. A. M. Domingos (Eds.), *Psicologia da Saúde: teorias, conceitos e práticas* (pp. 53-82). Juruá Editora.

Reynolds, N. R., Eller, L. S., Nicholas, P. K., Corless, I. B., Kirksey, K., Hamilton, M. J., Kempainen, J. K., Bunch, E., Dole, P., Wantland, D., Sefcik, E., Nokes, K. M., Coleman, C. L., Rivero, M., Canaval, G. E., Tsai, Y. F., & Holzemer, W. L. (2009). HIV illness representation as a predictor of self-care management and health outcomes, *Aids and Behavior*, 13(2), 258-67. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9297-5>

Safren, S. A., O'Cleirigh, C. M., Bullis, J. R., Otto, M. W., Stein, M. D., & Pollack, M. H. (2012). Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 404-415. <https://doi.org/10.1037/a0028208>

Sale, S. (2014). Psycho-social and medical variables of depression in HIV/AIDS patients in Kano, Nigeria. *Journal of Therapy and Management in HIV Infection*, 2, 36-44. <http://dx.doi.org/10.12970/2309-0529.2014.02.02.1>

Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 421-429. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300010>

Seidl, E. M. F., & Faustino, Q. M. (2014). Pessoas vivendo com HIV/aids: possibilidades de atuação da psicologia. In E. M. F. Seidl, & M. C. O. S. Miyazaki (Eds.), *Psicologia da saúde: pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas* (pp. 21-54). Juruá Editora.

Seidl, E. M. F., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Nogueira, G. S., Graner, K. M., Borges, L. M., Malagris, L. E. N., & Rudnicki, T. (2018). Psicologia da saúde: conceitos e modelos explicativos. In E. M. F. Seidl, M. C. O. S. Miyazaki, A. T. A. Ramos-Cerqueira & N. A. M. Domingos (Eds.), *Psicologia da saúde: teorias, conceitos e práticas* (pp. 53-82). Juruá Editora.

Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17, 225-234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>

Subramaniam, M., Abdin, E., Jeyagurunathan, A., Chang, S., Samari, E., Shafie, S., Chiah Wei, K., Verma, S., & Chong S. A. (2018). Exploration of illness perception among patients with mental illness in a multi-ethnic Asian sample. *Psychiatry Research*, 267, 516-527. <https://10.1016/j.psychres.2018.06.032>

Wiseman, H., Brown, R., House, A., Howlett, S., & Reuber, M. (2015). *A brief psycho-education intervention for patients with non-epileptic attack disorder (NEAD)*. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2015-311750.63>

# PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES SOBRE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: implicações para a formação e prática do profissional

*Clarissa Vaz Dias  
Elizabeth Queiroz  
Jackeliny Suzan Vinhadelli*

---

A comunicação em saúde constitui o alicerce da relação profissional de saúde-paciente, sendo um fator de influência na prevenção de doenças e na promoção e assistência à saúde, com implicações diretas para a adesão aos tratamentos. Neste capítulo, serão abordadas a temática da comunicação em saúde e suas implicações para o cotidiano do trabalho assistencial, a partir de pesquisa realizada com estudantes de diferentes cursos da área de saúde de uma universidade federal. Se desde o início da graduação os estudantes compreendem a importância, alcance e influência da comunicação na relação com seus pacientes, por que esse ainda é um ponto tão crítico na prática do profissional?

## **Comunicação em Saúde**

Nas últimas décadas, os estudos sobre comunicação em saúde têm sido responsáveis por definir uma agenda para a formação de profissionais (Coriolano-Marinus et al., 2014). Nesse sentido, compreender o processo comunicacional é tarefa crucial para o profissional de saúde porque visa assegurar a transmissão de informações relevantes para o autocuidado e a adesão a tratamentos por parte dos pacientes.

Ao pensar em comunicação, ênfase é atribuída à linguagem, com foco na transmissão e na troca de informações, não ignorando a importância do compartilhamento de significado entre aqueles que se comunicam (Thomas, 2010). No entanto, a compreensão de um diálogo envolve uma dinâmica complexa, que transcorre por uma ampla gama de interações com impacto na escolha de diferentes tipos de intervenções em saúde. Se o profissional não estiver atento ou ciente de outras possibilidades, corre o risco de estabelecer uma interação repetitiva, sem atingir seu objetivo.

No processo saúde-doença, dentre as diversas manifestações da comunicação, uma distinção é relevante para a relação profissional de saúde-paciente: a comunicação verbal e a não verbal. A comunicação verbal refere-se às palavras expressas por meio da fala ou da escrita, enquanto a comunicação não



verbal inclui os gestos, o silêncio, as expressões faciais, o contato visual e a postura corporal. Em tempos de isolamento social para o enfrentamento da pandemia decorrente da COVID-19 (SARS-CoV-2), a dimensão não verbal adquire um caráter ainda mais relevante, visto que a interação *on-line* tem sido um recurso utilizado para acompanhamento de muitos pacientes, particularmente aqueles com doenças crônicas (Bezerra et al., 2020). Perceber essas duas facetas da comunicação é fundamental para que os profissionais de saúde reconheçam tudo aquilo que compõe o ato comunicativo e se responsabilizem pelo que de fato comunicam ou deixam de comunicar. Os profissionais de saúde devem se conscientizar acerca dos seus melhores recursos no quesito comunicação, pois são eles que dizem dos diagnósticos, dos prognósticos e dos tratamentos terapêuticos (Ruiz-Moral et al., 2019).

Cabe destacar que a atividade laboral desenvolvida a partir dos princípios definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) implica em um trabalho comunicativo trabalhoso porque pressupõe a atenção integral ao paciente, ou seja, é dependente de diferentes profissionais para seu real alcance. Considerando a carência de habilidades interpessoais para o trabalho em equipe, é frequente a existência de ruídos e atritos entre as equipes multiprofissionais tanto na definição de objetivos de tratamento quanto no estabelecimento de condutas, impactando a relação profissional de saúde-paciente.

Para Araújo (2009), o cuidado requer interação entre os profissionais de saúde sendo a comunicação o meio pelo qual tal interação ocorre. Assim, é possível afirmar que a comunicação está diretamente relacionada tanto à construção e à qualidade do vínculo estabelecido entre os profissionais e os pacientes, quando à dinâmica de trabalho entre os profissionais.

Por outro lado, Wright et al. (2012) apontam que uma boa comunicação produz resultados práticos nos cuidados em saúde e, por conseguinte, na melhoria da qualidade de vida. Assim, a comunicação se apresenta tanto como um elemento dificultador quanto facilitador das relações interpessoais e se o almejado é a melhora da saúde, a não consideração dessa temática tem como resultado o comprometimento do cuidado despendido.

Nesse sentido, a comunicação é peça chave para a influência social, é processo crítico para mudanças comportamentais em saúde e está presente em todas as relações profissionais de saúde-paciente. Contudo, ainda que o valor da comunicação seja reconhecido, as experiências de formação em saúde nem sempre privilegiam, de forma direta, o ensino desse conteúdo e sua ausência certamente impacta no cuidado (Carvalho & Ceccin, 2009). Isso porque a comunicação constitui um dos aspectos mais importantes na qualidade e eficácia do contato de profissionais de saúde com seus pacientes e familiares, interferindo nas atitudes e condutas diante da doença e do processo

terapêutico (Bascuñán & Arraiagada, 2016). Não podemos esquecer que o grau de informação repassado é diretamente influenciado pela forma como o paciente e sua rede de apoio são percebidos e/ou avaliados pela equipe. Nesse processo, considera-se que “não há comunicação sem mal-entendidos, sem ambiguidades, sem traduções e adaptações, sem perda de sentidos e surgimento de significados inesperados” (Wolton, 2004, p. 37).

Compreender e minimizar essas possibilidades, dentro de uma perspectiva profissional e não pessoal, é tarefa de todos os envolvidos no processo: pacientes, familiares e equipes. Estudo realizado com médicos de família, pediatras, enfermeiros e técnicos administrativos de duas unidades de saúde na cidade de Berga, na Espanha, evidenciou a necessidade de ampliação e diversificação dos canais de comunicação nos serviços de saúde visando melhores respostas às necessidades trazidas pelos pacientes, sobretudo àquelas relacionadas às informações e orientações sobre cuidados e procedimentos clínicos. Foram distintas as percepções dos profissionais de saúde acerca da concepção de comunicação, principalmente quando levado em conta o cotidiano do trabalho em saúde. A comunicação foi afirmada como sendo instrumento de mediação entre o usuário e o profissional de saúde e entre os profissionais; como prática educativa; e, ainda, como expressão do cuidado (Escalda et al., 2018). Assim, a forma como o conceito de comunicação é percebido por profissionais, pacientes, famílias e comunidade, pode trazer aportes importantes para que se possa elaborar ou selecionar estratégias mais adequadas à sua incorporação, como conteúdo essencial, à formação em saúde.

O fenômeno da adesão ou não ao tratamento é uma pauta recorrente nas equipes de saúde. No entanto, embora extremamente relacionado às habilidades comunicacionais dos profissionais em orientar acerca da importância, necessidade ou benefícios da adesão esperada, de uma forma muito corriqueira a não adesão é interpretada pelas equipes de saúde como sendo – principalmente, embora não exclusivamente – resultante de descaso, negligência ou irresponsabilidade do paciente, quando poderia ser analisada desde o ponto de vista da falta dessas habilidades comunicacionais na equipe.

Estudos apontam o importante papel dos profissionais de saúde como agentes promotores de saúde e facilitadores do processo de comunicação (Heidemann et al., 2018). Pré (2013) reforça que a comunicação é o melhor veículo para o processo de adesão a tratamentos e que é por meio dela que profissionais de saúde e pacientes aprendem juntos sobre saúde e chegam a consensos com relação à tomada de decisões terapêuticas.

Por outro lado, Rozemberg (2009) sinaliza que as identidades profissionais se formam ao longo das práticas e são construídas por associações acerca do papel dos diversos profissionais de saúde. Essas identidades são determinantes

na interação comunicativa entre os atores que estão envolvidos no processo saúde-doença. Nesse ponto, entende-se que o processo de adesão pode ser percebido de forma diferente pelos profissionais envolvidos no cuidado. Além disso, nem sempre o esforço realizado pelo paciente e pela família para aderir ao tratamento é avaliado da mesma forma pela equipe, e muitas vezes não é clara qual a responsabilidade de cada membro no resultado final.

De Marco (2003) assinala que a atenção integral e integrada, em consonância com a perspectiva biopsicossocial, é o grande desafio deste século. A adoção de estratégias interventivas mais abrangentes do que aquelas focadas em campo específico da área de atuação é uma demanda para a formação dos futuros profissionais de saúde, e a comunicação em saúde é parte desse processo. Ademais, para efetivamente transmitir informações sobre saúde, os profissionais devem entender o sistema de saúde no qual estão inseridos, sendo ele compreendido a partir do contexto sociocultural (Thomas, 2010). Portanto, a cultura exerce papel crucial na contextualização de variáveis psicossociais. Nesse âmbito, as variáveis psicossociais – dentre elas envolvimento comunitário, gênero, hábitos alimentares, idade, linguagem, moradia, nível educacional, raça, religião e status socioeconômico – abarcam indicadores de saúde confiáveis, que retratam o impacto dos serviços de saúde em uma determinada população. Identificá-las é reconhecer seu grau de influência nos comportamentos de saúde e nos relacionamentos interpessoais, como também na condição do paciente de cuidar de si (Borrelli & Zocante, 2010; Corcoran, 2011; Ferreira et al., 2020; Glanz et al., 2008).

Destaca-se que a comunicação é fonte de satisfação no ambiente de trabalho em que equipes multiprofissionais são requisitadas, pois permite a integração de conhecimento e o compartilhamento de dados, expectativas e pontos de vista advindos de uma formação que nem sempre privilegia tais elementos. Para Schiavo (2013), a comunicação em saúde é uma ferramenta que pode impactar a redução das disparidades nos processos de saúde, ao promover mudanças comportamentais e sociais, podendo ser definida como:

Uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para atingir diferentes audiências que compartilham informações relacionadas à saúde, com o objetivo de influenciar, engajar e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, formadores de políticas públicas e o público, para instigar, introduzir, adotar, ou sustentar um comportamento, prática ou política que finalmente melhore os resultados em saúde (p. 7).

É importante observar nessa definição que, para além do objetivo de influenciar, associado diretamente à atuação do profissional de saúde, há a preocupação com o engajamento e apoio dos envolvidos no ato comunicativo.

Schiavo (2013) amplia essa discussão, uma vez que o engajamento pressupõe uma participação ativa de todos os envolvidos no processo de comunicação, bem como reconhece a necessidade de apoio institucional para que as mudanças requeridas aconteçam. Tal situação reconfigura a relação de cuidado e apresenta a comunicação como um recurso capaz de mobilizar as respostas esperadas.

Não é novidade que a comunicação em saúde se dá nos níveis individual, grupal, organizacional, comunitário e com a mídia de massas (Corcoran, 2011). O poder comunicativo em saúde está alicerçado a partir de definições de estudo, estratégias e métodos que buscam comunicar, informar e influenciar as decisões individuais/comunitárias de modo a favorecer os aspectos de saúde. Carvalho e Ceccin (2009) apontam para o grau de responsabilidade na transmissão de informações aos indivíduos, pois essas informações aumentam o conhecimento sobre a saúde, o que permite que a população compreenda as medidas preventivas e protetivas em saúde.

A comunicação em saúde surge não só como uma estratégia para prover indivíduos e coletividade de informações, pois se reconhece que a informação sozinha nem sempre é suficiente para favorecer mudanças. Porém, ela é uma peça chave, dentro do processo educativo, para compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir para a conquista de melhores condições de vida. A informação de qualidade, disseminada no momento oportuno, com utilização de uma linguagem clara e objetiva, é um poderoso instrumento de prevenção de doenças e promoção da saúde.

A despeito de toda importância reconhecida, um dos aspectos mais interessantes e menos compreendidos com relação aos cuidados em saúde é a forma como os profissionais de saúde e pacientes se comunicam. Isso porque, mesmo que o profissional de saúde não esteja intencionalmente comunicando algo, a sua presença e as suas práticas profissionais, por si sós, são transmissoras de mensagens interpessoais (Rozemberg, 2009; Ruiz-Moral et al., 2019). A compreensão dessas relações nos leva a buscar maiores entendimentos sobre conceitos, princípios, dimensões e habilidades que podem ser ensinadas e melhoradas pelo processo de ensino e aprendizagem da comunicação em saúde.

## **Comunicação em Saúde na Formação Profissional**

Compreende-se a formação profissional como parte do campo das práticas discursivas e sociais, sendo elas produtos e promotoras de cultura (Spink & Mata, 2010). Segundo Pereira et al. (2013), no Brasil os modelos de formação universitária e atuação profissional em saúde encontram algumas limitações quanto ao ensino de habilidades comunicativas em saúde, pois muitas vezes

tal conteúdo não está formalmente inserido na grade curricular. Nesse sentido, a reflexão pauta-se em como ensinar habilidades comunicativas aos estudantes e aos profissionais de saúde, com vistas a melhorar a saúde e a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde, como é preconizado pelo SUS (Canesqui & Barsaglini, 2012). Nessa perspectiva, Spink e Matta (2010) ressaltam que o desafio de formar profissionais alinhados aos ideais do SUS, dentre eles a comunicação em saúde, não é exclusividade de uma única cátedra como a da psicologia, pois tal formação é uma preocupação que perpassa diversas cátedras de saúde.

Esse é um ponto crítico quando levamos em conta que grande parte dos problemas atribuídos ao setor de saúde nasce das limitações profissionais quanto às habilidades de comunicação entre os membros da equipe de saúde e seus pacientes (Moreira, 2019). O fato de a formação valorizar aspectos técnicos em detrimento dos relacionais implica muitas vezes o desconhecimento das diferenças culturais que interferem no processo de comunicação.

Ademais, as políticas públicas de ampliação e fomento ao acesso à universidade, assim como a criação de cursos na área da saúde, somadas ao interesse da população jovem nessa área de atuação, têm resultado na formação de um maior número de profissionais de saúde. Em muitos casos, eles interagem com os pacientes mais do que o médico, criando uma nova configuração ao contexto comunicativo. Esse novo desenho tem como desafio a coordenação de equipes multiprofissionais responsáveis por integrar a prestação de serviços e a promoção da saúde (Bascuñán & Arriagada, 2016).

Cabe à equipe conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o desempenho de suas funções em relação ao paciente, bem como melhorar o relacionamento entre os membros que a compõem (Rocha et al., 2019). Assim, o trabalho colaborativo em equipe é reconhecido como um fator preponderante na qualidade dos serviços prestados por distintas categorias profissionais em diferentes tipos de instituições (Queiroz et al., 2019). Nesse contexto, a comunicação em saúde e a colaboração interprofissional são fatores que permitem a integração da equipe e do trabalho em si. Aqui, o ato de comunicar requer técnicas verbais e não verbais para que o processo comunicativo atenda às necessidades do paciente, o que induz à adesão ao tratamento. É um processo participativo em que todos os envolvidos contribuem entre si, o que realça o caráter multidisciplinar e multifacetado da comunicação. Portanto, a ausência de habilidades em comunicação pode cooperar com a fragmentação da equipe de saúde e a não adesão ao tratamento, por parte do paciente (Fernandes et al., 2018).

Nos últimos tempos, grande investimento tem sido feito em tecnologia como um recurso a mais para a atuação dos profissionais em saúde, a exemplo

da telemedicina. O enfrentamento da pandemia da COVID-19 antecipou em muito a oferta de diferentes serviços mediados por ferramentas de tecnologias da informação e comunicação (TICs). Essa nova configuração ainda demandará, por parte da academia, discussões mais abrangentes e profundas quando ao ensino da comunicação em saúde e a sua relação com os problemas de saúde dos pacientes.

Outro fator importante no processo comunicativo é identificar a interferência de palavras, vestimenta, postura, abordagem e ambiente sobre aquilo que efetivamente se deseja comunicar (Rozemberg, 2009). Nessa perspectiva, Carvalho e Ceccim (2009) contextualizam que os profissionais de saúde devem ter o intuito de ampliar sua capacidade de percepção e intervenção sobre a saúde, conhecendo a realidade local com a qual irão interagir. Logo, para uma comunicação efetiva, é necessário que o profissional conheça o estilo de comunicação da realidade da população atendida e se apodere dele.

Outrossim, a inserção da disciplina da comunicação em grades curriculares é apontada como um fator de aprimoramento e uma fonte de instrumentalização para os profissionais de saúde. Esse movimento é entendido como uma ação que propicia o aprendizado integrado e compartilhado com possibilidade de melhorar a qualidade no atendimento ao paciente, uma vez que um bom diagnóstico, prognóstico e tratamento requer a colaboração profissional com diferentes abordagens. Por conseguinte, a comunicação é vista como uma competência colaborativa, isto é, uma habilidade que embute em si uma sensibilidade moral e ética e que colabora com a interação da equipe multiprofissional e possui em si variáveis psicossociais que permeiam os serviços de saúde. (Rocha et al., 2019).

Em outro aspecto, Schiavo (2013) chama a atenção para o fato de que quando os profissionais de saúde frequentam sessões de treinamento em comunicação, a reação mais comum é a de surpresa diante das habilidades e técnicas de comunicação que contribuem para a satisfação do paciente. Dessa forma, considerando a relevância do papel da comunicação na prestação de serviços de saúde e as dificuldades de alguns profissionais em se comunicar adequadamente é crucial verificar como esses conhecimentos são percebidos por aqueles em formação.

## **Uma Investigação Empírica sobre Comunicação em Saúde com Estudantes Universitários**

A formação do profissional de saúde varia em termos de educação, treinamento e status (Wright et al., 2008). Em relação à comunicação, há uma discrepância em relação aos aspectos teóricos e interacionais aos quais os estudantes são expostos em sua formação, muitas vezes relacionados ao tipo

de resultado esperado de sua intervenção. Dessa forma, o objetivo do estudo foi investigar a percepção dos estudantes quanto às dimensões da comunicação em saúde, por meio de uma pesquisa de base exploratória e descritiva, composta por técnica de amostragem não probabilística por conveniência.

Os dados foram coletados via questionário estruturado, especialmente elaborado para essa investigação, sendo parte da dissertação de mestrado da primeira autora. Para as análises estatísticas descritivas utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 25. Os respondentes foram 139 estudantes matriculados nos três primeiros semestres dos cursos de saúde de uma universidade federal que oferece os cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional e saúde coletiva e trabalha a interprofissionalidade desde o início da graduação por meio de atividades integrativas sistemáticas. Eles consentiram participar da pesquisa ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. A limitação aos semestres iniciais decorreu de um mapeamento prévio que evidenciou que esses estudantes seriam os mais indicados para uma amostragem, por critério, uma vez que ainda não teriam sido expostos formalmente a disciplinas que envolvessem o conteúdo sobre comunicação.

A Tabela 1 apresenta o perfil da amostra em relação às seguintes variáveis: idade, sexo, curso, renda, estado civil.

**Tabela 1 – Perfil da Amostra**

| <b>Variáveis</b>     | <b>Estudantes</b><br><b>n = 139 %</b> |      |
|----------------------|---------------------------------------|------|
| <b>Idade</b>         |                                       |      |
| Min / Max            | 17                                    | 34   |
| M / SD               | 20.14                                 | 2.39 |
| <b>Sexo (f / %)</b>  |                                       |      |
| Feminino             | 114                                   | 82   |
| Masculino            | 25                                    | 18   |
| <b>Curso (f / %)</b> |                                       |      |
| Enfermagem           | 17                                    | 12   |
| Farmácia             | 8                                     | 6    |
| Fisioterapia         | 27                                    | 19   |
| Saúde Coletiva       | 50                                    | 36   |
| Terapia ocupacional  | 34                                    | 24   |
| Não reportado        | 3                                     | 2    |
| <b>Renda (f / %)</b> |                                       |      |
| Até 1.000            | 11                                    | 8    |
| Entre 1.000 e 2.000  | 26                                    | 19   |
| Entre 2.000 e 3.000  | 20                                    | 14   |
| Entre 3.000 e 4.000  | 43                                    | 31   |
| Mais de 4.000        | 12                                    | 9    |
| Não reportado        | 27                                    | 19   |

continua...



continuação

| Variáveis            | Estudantes |    |
|----------------------|------------|----|
|                      | n = 139 %  |    |
| Estado civil (f / %) |            |    |
| Solteiro             | 127        | 91 |
| Casado               | 12         | 9  |

É importante destacar que os participantes eram majoritariamente jovens, do sexo feminino e solteiros, com uma maior participação dos cursos de saúde coletiva, terapia ocupacional e fisioterapia, respectivamente. Tais variáveis por si sós demandam um cuidado na formação, uma vez que na área de saúde estarão em contato com situações de dor e sofrimento, o que exigirá o uso de recursos psicológicos para o enfrentamento dessas situações. Isso porque eles serão expostos a novas circunstâncias, nem sempre exploradas pelas cátedras e pouco vivenciadas, em função da idade.

Para mensurar a percepção e/ou conhecimento dos estudantes sobre comunicação em saúde foram identificadas na literatura as dimensões que poderiam ser investigadas por meio de um questionário objetivo. Assim, o estudo considerou as seguintes dimensões: a) poder de influência: foram verificadas quais eram as percepções dos estudantes em relação aos indivíduos/grupos que poderiam ser mais influenciados pela comunicação em saúde; b) poder de alcance: foi investigado o entendimento quanto a essa grandeza em relação à contribuição para a relação profissional de saúde-paciente; c) atributos da comunicação em saúde: foi examinado o posicionamento, falso/verdadeiro, em relação a aspectos intrínsecos do processo de comunicação; d) variáveis psicossociais: foram avaliadas as facetas percebidas como mais importantes ao processo comunicativo a partir da enumeração de variáveis psicossociais que permeiam o processo de comunicação em saúde, por grau de importância.

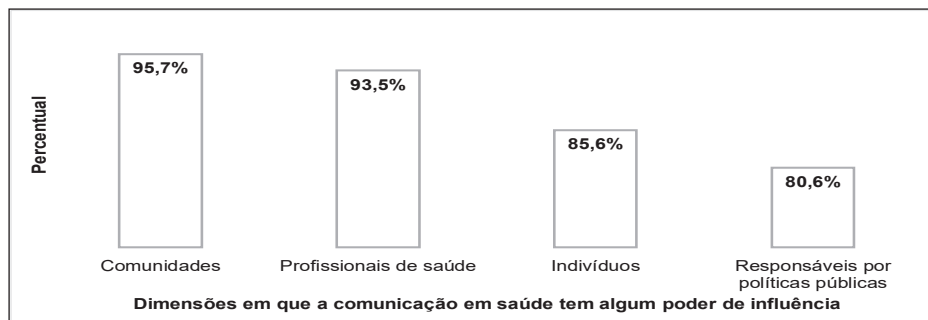
## Influência da Comunicação em Saúde

Com relação ao poder de influência da comunicação, os estudantes reportaram que a comunicação em saúde tem o poder de inspirar diferentes participantes: comunidades, profissionais de saúde, indivíduos e responsáveis por políticas públicas, respectivamente (Figura 1). Todas as dimensões em que a comunicação em saúde tem algum poder de influência, como colocado por Schiavo (2013), foram apontadas como relevantes pela maior parte dos respondentes. Tais percepções reforçam a definição de comunicação em saúde como uma abordagem multifacetada e multidisciplinar, com poder de influência para atingir diferentes públicos que compartilham informações relacionadas à saúde. Contudo, o fato dos responsáveis pelas políticas públicas aparecer



como menos influenciados, em relação aos outros, parece evidenciar um distanciamento percebido entre quem atua e quem formula as ações de saúde.

**Figura 1 – Poder de Influência da Comunicação em Saúde**



Esses resultados reforçam o desafio de trabalhar a comunicação em saúde, ainda na formação profissional, como um elemento agregador dos diversos interesses que estão circunscritos à esfera de atuação de cada um dos envolvidos e, por vezes, com anseios divergentes, a depender a quem essa comunicação é ofertada e/ou por quem é demandada. A disponibilidade de profissionais treinados e capazes de transitar nesse cenário complexo pode favorecer a inserção de diversas temáticas e agendas relevantes ao sistema de saúde.

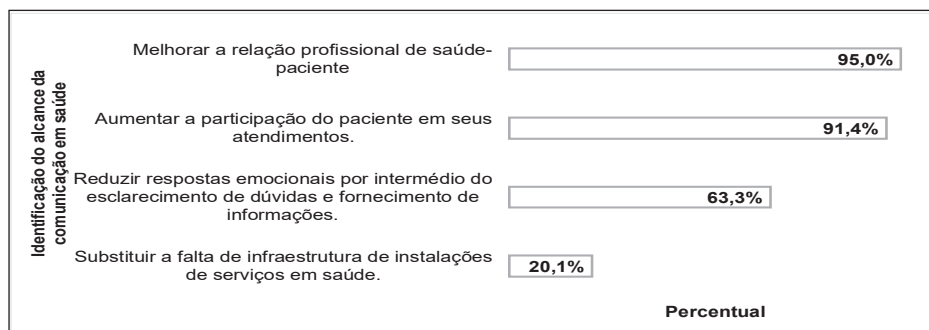
## O Alcance da Comunicação em Saúde

A Figura 2 apresenta a identificação do alcance da comunicação em saúde, isto é, sua contribuição para a relação profissional de saúde-paciente. Para 95% dos estudantes a comunicação melhora a relação profissional de saúde-paciente; para 91%, a comunicação contribui para uma maior adesão ao tratamento, ou seja, aumenta a participação do paciente no processo de saúde; para 63% dos participantes, a comunicação tem a capacidade de reduzir as respostas emocionais do paciente por meio de esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações. Esse é um ponto relevante uma vez que a maioria dos tratamentos implica em mudança de hábitos, com resultados nem sempre imediatos. Se essa relação não for adequadamente estabelecida, a chance de seguimento será baixa, com consequências no processo saúde-doença.

Dessa forma, os dados corroboram o papel da comunicação como um elemento importante para a qualidade e eficácia do processo terapêutico,

bem como da relação entre profissionais e pacientes, contribuindo para a melhoria da saúde e qualidade de vida (Corcoran, 2011; Rozemberg, 2009; Wright et al., 2012).

**Figura 2 – Alcance da Comunicação em Saúde**



Cabe um destaque relativo à concordância de 20% dos estudantes com a afirmativa de que a comunicação em saúde substitui os problemas relacionados à infraestrutura em saúde. Esse ponto traz à tona o fato de que ainda que exista um ambiente físico sucateado, a procura pelo profissional pode ser a motivação para permanência no serviço. Por outro lado, preocupa pensar que os estudantes possam considerar que uma boa hotelaria seja superior à qualidade da interação.

Independente da discrepância observada entre as respostas relacionadas ao alcance da comunicação, os dados reforçam a necessidade do ensino da comunicação em saúde para os estudantes, ainda no início de sua formação para reforço de seu papel na relação profissional de saúde-paciente.

## Atributos da Comunicação em Saúde

No intuito de estimar o entendimento dos estudantes quanto aos atributos da comunicação em saúde, foram analisados os aspectos intrínsecos à comunicação, relevantes para o processo de comunicação em saúde, como pontuado pela literatura. A Tabela 2 apresenta as porcentagens decorrentes de marcações verdadeiras e falsas para cada atributo.

**Tabela 2 – Atributos da Comunicação em Saúde**

| Premissas apresentadas                                                                                                                                                                   | Verdadeiro |      | Falso |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|-------|------|
|                                                                                                                                                                                          | n          | %    | n     | %    |
| 1. Com relação ao poder de influência da comunicação em saúde, ela auxilia na adoção ou manutenção de práticas comportamentais.                                                          | 132        | 95,7 | 6     | 4,3  |
| 2. O processo de aprendizado em comunicação em saúde é consequente à formação acadêmica.                                                                                                 | 70         | 50,7 | 68    | 49,3 |
| 3. A comunicação em saúde atinge seu ápice quando discutida e aplicada em contextos de atuação em equipes                                                                                | 113        | 81,9 | 25    | 18,1 |
| 4. O treinamento de comunicação em saúde é restrito ao período de graduação do profissional.                                                                                             | 4          | 2,9  | 134   | 97,1 |
| 5. A comunicação em saúde é uma disciplina evolutiva de caráter multidisciplinar.                                                                                                        | 134        | 97,1 | 4     | 2,9  |
| 6. Criatividade é um atributo dispensável à comunicação em saúde, uma vez que os protocolos de funcionamento são as referências para a atuação profissional.                             | 41         | 29,7 | 97    | 70,3 |
| 7. A comunicação em saúde pode compensar soluções médicas inadequadas para tratar, diagnosticar ou prevenir qualquer doença.                                                             | 73         | 52,9 | 65    | 47,1 |
| 8. A comunicação em saúde é uma área promissora apenas em saúde pública.                                                                                                                 | 2          | 1,4  | 136   | 98,6 |
| 9. A comunicação em saúde pode contribuir para todos os aspectos da promoção de saúde e prevenção de doenças.                                                                            | 136        | 98,6 | 2     | 1,4  |
| 10. A comunicação em saúde é um componente fundamental do treinamento do profissional de saúde, desde que o paciente seja orientado sobre suas responsabilidades na relação terapêutica. | 106        | 77,4 | 31    | 22,6 |

Os resultados apontam que 98,6% dos estudantes concordam com a afirmativa de que a comunicação em saúde contribui para a promoção da saúde e prevenção de doenças (Item 9). Esse entendimento nos remete à organização dos serviços assistenciais do SUS, baseados em um modelo hierarquizado, cujos serviços e ações são ofertados por níveis de complexidade. A percepção dos estudantes quanto a esse aspecto pode significar uma compreensão da importância das ações voltadas à atenção primária em saúde (Carvalho & Ceccin, 2009).

Para 97,1% dos estudantes é verdadeiro o aspecto da multidisciplinariedade da comunicação em saúde (Item 5). Quando associada ao Item 3, que aborda sua aplicação em contextos do trabalho em equipe, expõe o reconhecimento da complexidade envolvida no processo comunicativo e a importância do treinamento em habilidades comunicacionais para os estudantes da área de saúde, já que a comunicação em saúde é totalmente dependente da configuração de equipe presente em cada caso. Isso porque cada profissional interfere de forma direta na definição de conduta a partir de sua formação,

experiências e conhecimentos. Nesse sentido a inserção da temática e do treinamento em habilidades de comunicação na formação é um desafio para a academia, fundamental para aprimorar as interações entre as equipes multiprofissionais (Queiroz et al., 2019).

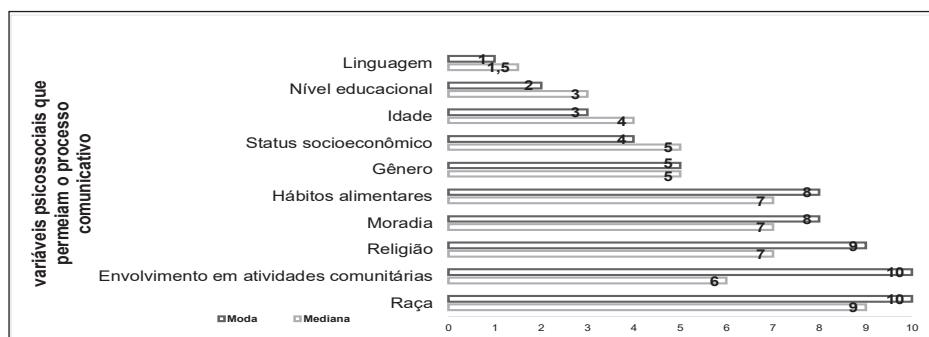
Com relação ao poder de influência da comunicação em saúde (Item 1), 95,7% dos participantes sinalizaram que ela auxilia na adoção ou na manutenção de práticas comportamentais. Atribuir à comunicação em saúde o poder de influenciar comportamento significa reconhecer a importância da habilidade comunicacional do profissional de saúde ao dizer de tratamentos, diagnósticos e prognósticos aos usuários dos serviços de saúde (Schiavo, 2013).

O fato de os estudantes não reconhecerem a comunicação em saúde como restrita ao período da graduação (Item 4) ou ao sistema público (Item 8) reforça a percepção de um compromisso de longo prazo e o amplo alcance desse recurso. Nesse sentido, cabe destacar que os respondentes possuem uma formação que já privilegia uma compreensão ampliada sobre o papel da comunicação em saúde.

## A Importância Atribuída a Variáveis Psicossociais

A Figura 3 apresenta as variáveis psicossociais que permeiam o processo comunicativo. Elas estão dispostas por grau de importância crescente de acordo com as respostas ao instrumento, sendo 1 a primeira de maior importância e 10, a de menor importância, ou seja, quanto mais próximo de 1 maior importância foi atribuída à variável.

**Figura 3** – Grau de Importância das Variáveis Psicossociais em Ordem Crescente



As três variáveis de maior importância na percepção dos estudantes foram a linguagem, nível educacional e idade, respectivamente. Nesse sentido, a linguagem é uma variável psicossocial relevante no processo de comunicação

em saúde. Essa identificação evidencia a percepção do estudante de que todos fazem uso da linguagem, seja ela verbal ou não verbal, e a confirmam como um componente essencial à relação profissional de saúde-paciente. Considerando que diferentes classes sociais usam a linguagem de forma distinta, a compreensão das barreiras linguísticas é de particular importância para a promoção da saúde, pois a linguagem é um fator de congruência nas negociações entre profissionais de saúde e pacientes (Borrelli & Zocante, 2010; Corcoran, 2011).

O nível educacional foi a segunda variável mais importante apontada pelos estudantes. De acordo com Glanz et al. (2008) ele influencia as relações pessoais e quanto maior o grau de instrução, maior a compreensão do tratamento, diagnóstico e prognóstico. Por outro lado, não podemos ignorar que o impacto emocional de um diagnóstico pode interferir nesse processo, demandando do profissional atenção ao real entendimento da situação pelo paciente. Se isso não for feito, há a possibilidade de assumirmos uma condição inexistente e privarmos o paciente de informações relevantes.

A idade foi percebida como a terceira variável de maior relevância, o que pode refletir a percepção de que ela é fundamental para traçar estratégias de atuação e intervenção em comunicação. A idade norteia as escolhas dos tipos de intervenção e métodos de pesquisa, visto que diferentes grupos procuram informações de saúde em fontes igualmente diferenciadas (Corcoran, 2011; Glanz et al., 2008).

As três variáveis de menor importância foram a raça, o envolvimento em atividades comunitárias e a religião, respectivamente. Ao deixar de perceber a raça como variável relevante, os estudantes não valorizaram as desigualdades e disparidades da assistência à saúde, associadas à cor da pele e do status social. Esse dado tanto pode refletir a negação quanto o desconhecimento de uma realidade relativa às dificuldades de acesso à saúde.

Ao pontuar o envolvimento em atividades comunitárias como um item de menor importância, os estudantes não identificaram essa ação como relacionada a canais de apoio aos pacientes e meios de inserção da equipe de saúde nas comunidades locais. Nesse sentido cabe ressaltar o papel da comunicação com a comunidade no reforço à amplitude de políticas em saúde.

Ao perceber a religião como um fator menos relevante, os estudantes não a associaram como uma instituição que oferece uma estrutura e preceitos, o que possibilita ao paciente a tomada de decisões em saúde. Não associaram que as organizações religiosas e os grupos de credo são capazes de interligar diversos contextos importantes à saúde. A questão da religiosidade se apresenta como um desafio na formação em função do conflito que pode advir de crenças particulares que influenciam tal manejo.

## Considerações Finais

O estudo realizado permite afirmar que os estudantes tendem a compreender a comunicação em saúde como uma variável que impacta e influencia os diversos atores envolvidos. Os avanços no campo científico e a pandemia em curso estão demandando, em um ritmo mais rápido, a atualização curricular dos cursos e uma necessidade cada vez maior de assimilação de novas tecnologias para soluções que ocorram em menos tempo e que sejam mais práticas, com redução de custos através da otimização de recursos.

As análises de situação de saúde, inovação em saúde, e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS são parte dos desafios para a atuação profissional. De forma a garantir profissionais qualificados para atender tais necessidades, são imprescindíveis programas de formação e de educação continuada que instrumentalizem os profissionais para trabalhar em parceria com os pacientes na gestão das condições crônicas e no direcionamento ao autocuidado.

Ademais, uma reflexão por parte dos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem deve ser no sentido da inserção, nas grades curriculares, da temática de comunicação em saúde, ainda nos semestres iniciais da formação acadêmica. Isso porque, como demonstrado, os estudantes têm compreensão do que é comunicação em saúde, o que e quem ela influencia, seu alcance e atributos, isto é, os dados confirmam os elementos apontados na literatura sobre a relevância da comunicação em saúde. Porém os resultados também indicam a necessidade de trabalhar a reflexão crítica dos estudantes em relação ao real impacto das variáveis psicossociais no processo de comunicação em saúde e a consequente busca por serviços de saúde.

Destaca-se que a comunicação em saúde é uma condição *sine qua non* para a prática profissional, pois os estudantes e profissionais irão conviver com equipes multiprofissionais que demandam uma colaboração Interprofissional. Neste quesito, a ausência de habilidades comunicacionais pode fragmentar as equipes e contribuir para a não adesão ao tratamento, por parte do paciente. Tendo esse impacto em mente, urge a necessidade de que os estudantes compreendam o quão vasto é o campo da comunicação em saúde e como ela impacta relacionamento e tomadas de decisão, bem como que se treine as habilidades comunicativas no decorrer de todo o período formativo, o que contribuirá para uma boa prática profissional.

## REFERÊNCIAS

- Araújo, T. C. C. F. (2009). Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-13. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672009000200008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200008&lng=pt&tlng=pt).
- Bascuñán, M. L., & Arriagada, A. M. (2016). Communication of medical errors to patients: Questions and tools. *Revista Médica do Chile*, 144(9), 1185–1190. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000900013>
- Borrelli, M., & Zocante, F. K. C. V. (2010). *Comunicação & linguagem em saúde*. Scortecci.
- Bezerra, A. C. V., Silva, C. E. M., Soares, F. R. G., & Silva, J. A. M. (2020). Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 2411–2421. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>
- Canesqui, A. M., & Barsaglini, R. A. (2012). Apoio social e saúde: Pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1103–1114. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500002>
- Carvalho, Y. M., & Ceccim, R. B. (2009). Formação e educação em saúde: Aprendizados com a saúde coletiva. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, & M. Akerman (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed., pp. 137–170). Hucitec.
- Corcoran, N. (2011). Teorias e modelos na comunicação de mensagens de saúde. In N. Corcoran (Ed.), *Comunicação em saúde: Estratégias para promoção de saúde* (pp. 1–26). Roca.
- Coriolano-Marinus, M. W. L., Queiroga, B. A. M., Ruiz-Moreno, L., & Lima, L. S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: Revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1356–1369. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>

De Marco, M. A. (2003). *A face humana da medicina: Do modelo biomédico ao modelo psicossocial*. Casa do psicólogo.

Fernandes, L. S., Calado, C., & Araújo, C. A. S. (2018). Redes sociais e práticas em saúde: Influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3357–3368. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.14122018>

Ferreira, D. C., Gonçalves, T. R., Celeste, R. K., Olinto, M. T. A., & Pattussi, M. P. (2020). Aspectos psicossociais e percepção de impacto da saúde bucal na qualidade de vida em adultos do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, 1–13. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497202000049>

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, V. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (4ª ed.). Jossey-Bass.

Heidemann, I. T. S. B., Cypriano, C. C., Gastaldo, D., Jackson, S., Rocha, C. G., & Fagundes, E. (2018). Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(4), 1–13. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00214516>

Moreira, F. T. L. S., Callou, R. C. M., Albuquerque, G. A., & Oliveira, R. M. (2019). Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(spe), 1–9. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>

Pereira, V. V., Guimarães, D. A., Lopes, M. D., Pereira, V. V., Rennó, H. M. S., & Silva, E. S. (2013). Programa de educação pelo trabalho para a saúde nas escolas: Percepção dos pais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(4), 549–556. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000400010>

Pré, A. (2013). *Communicating about health: Current issues and perspectives* (4ª ed.). Oxford University Press.

Queiroz, E., Parreira, C. M. F. & Pinho, D. L. (2019). Formação em saúde: Da educação Interprofissional ao trabalho colaborativo. In C. Antloga, K. T.



Brasil, S. R. Lordelo, M. Neubern, E. Queiroz (Eds.), *Psicologia clínica e cultura contemporânea* (Vol. 4, pp. 365–382). Technopolitik.

Rocha, S. R., Romão, G. S., Setúbal, M. S. V., Collares, C. F., & Amaral, E. (2019). Avaliação de habilidades de comunicação em ambiente simulado na formação médica: Conceitos, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 236–245. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190154>

Rozemberg, B. (2009). Comunicação e participação em saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (2ª ed., pp. 741–766). Hucitec.

Ruiz-Moral, R., Leonardo, C., Caballero-Martinez, F. M. & Monge, D. (2019). Medical students' perceptions towards learning communication skills: A qualitative study following the 2-year training programme. *International Journal of Medical Education*, 10, 90–97. <https://doi.org/10.5116/ijme.5cbd.7e96>

Scalda, P. M. F.; Boreu, Q. F.; Parreira, CM. S. F.; Cyrino, A. P. P. (2018) Interprofissionalidade e prática colaborativa no âmbito da Atenção Primária em Saúde. *Argumentum (VITÓRIA)*, v. 10, 176-188. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.18730>

Schiavo, R. (2013). *Health communication: From theory to practice* (2nd ed.). Jossey-Bass.

Spink, M. J., & Matta, G. C. (2010). A prática profissional psi na saúde pública: Contribuições históricas e desafios contemporâneos. In M. J. Spink (Ed.), *A psicologia em diálogo com o SUS* (pp. 25–52). Casa do Psicólogo.

Thomas, R. K. (2010). *Health communication*. Springer.

Wright, K. B., Sparks, L., & O'Hair, D. (2012). *Health communication in the 21st century* (2nd ed.). Blackwell Publishing.

Wolton, D. (2004). *Pensar a comunicação*. Editora Universidade de Brasília.

# SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS DO APEGO E VINCULAÇÃO EM ADULTOS BRASILEIROS E PORTUGUESES

*José Carlos da Silva Santiago*  
*Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke*  
*Jonas Carvalho e Silva*

---

Esta pesquisa visou adquirir mais conhecimento e informação acerca do apego e vinculação de adultos em uma cidade brasileira e outra portuguesa. Sabendo-se que a cultura e o meio em que se vive determina a aprendizagem, o desenvolvimento assim como o tipo de relacionamento que se tem e se desenvolve, compreende-se a importância das primeiras relações e do apego inicial que a criança desenvolve com os seus cuidadores. Uma vez que a teoria do apego nos diz que os diversos tipos de apego são formados nos primeiros anos de vida e que tendem a perdurar ao longo da vida, compreende-se a necessidade de se conhecer e compreender a sua formação e o seu impacto mais tarde na vida adulta. De igual maneira, estudar a vinculação no adulto e as suas variações ajuda-nos a obter uma maior compreensão acerca dos relacionamentos e das relações humanas o que impacta o sucesso e os relacionamentos do dia a dia. O conhecimento dos diversos tipos de vinculação e de relacionamento do adulto também acrescenta subsídios que são úteis quer nas terapias quer na compreensão e melhoria dos relacionamentos que o ser humano tem e desenvolve no dia a dia.

Pretendeu-se perceber, especificamente, se a vinculação e apego, e por consequência, se os modelos internos de apego, seriam semelhantes ou diferentes entre as duas cidades/países na vida e no comportamento do adulto. Ou seja, surge a questão de saber se a cultura ou o ambiente onde se vive, afeta o comportamento de apego e a vinculação que as respectivas populações apresentam. Isto torna-se pertinente devido ao fato de não se terem encontrado estudos que relacionaram a diferença de apego entre Portugal e o Brasil ou mesmo as diferenças de vinculação aos colegas entre os dois países. O fato de também se encontrarem poucos estudos nesta área entre outros países foi outro fator que nos fez optar por este estudo. E o fato de não se encontrarem estudos recentes nesta linha acerca deste tema foi outra das razões pelas quais se considerou este estudo relevante. O fato destes dois países terem uma língua comum e um passado comum, ressalta a proximidade e também a necessidade de estudos de comparação de forma a que se possa obter uma maior compreensão acerca das evoluções culturais e de apego entre os dois países.

Para verificar se existem diferenças entre dois países nos quesitos “vinculação aos colegas” e “apego aos pais”, foram usados dois instrumentos; um que avaliou a “vinculação aos colegas” e outro que avaliou a recordação de como foi o “apego aos pais”. Com estes instrumentos pretendeu-se avaliar não apenas a “vinculação aos colegas” entre dois países, mas também a percepção de como foi o “apego aos pais” entre as duas amostras. Estas informações são úteis para quem trabalha na área terapêutica de forma a redobrar os cuidados quando se lida com imigrantes/migrantes ou emigrantes, ou até mesmo quando o terapeuta se desloca para outra região ou outro país.

O apego ou necessidade de se apegar e de formar, ter e manter vínculos, é uma característica observada na maioria dos animais. Vemos que muitos vivem em bandos, outros em família, pelo menos durante algum tempo, e outros só se encontram e mantêm juntos durante a reprodução. Já o ser humano vive em família, em grupos organizados ou grupos sociais, como o trabalho, a religião, os amigos, o futebol, o meio acadêmico, científico, e muitas outras atividades que sempre são realizadas em grupo ou com interação e relacionamento com outros indivíduos (Brask et al., 2020; Santiago, 2017). É graças a essas relações que o ser humano cresce e se desenvolve, constrói casas, monumentos, estradas e muitas outras situações, as quais acabam por melhorar a qualidade de vida de todos.

As relações entre os seres humanos servem para nos manter unidos não só à família, mas a todos aqueles que nos rodeiam, como podemos ler em Gleitman (2007, p. 786): “À medida que amadurecemos, entramos em contacto com o sistema de regras sociais que nos une, não só à família, mas também a um universo social mais vasto”; e “Os seres humanos não são seres solitários: somos intrinsecamente sociais e a tendência para interagir com os outros é inata. Isto é verdade para a maior parte das outras espécies” (Gleitman, 2007, p. 597).

Segundo Bowlby (1990), o apego está presente nos primeiros meses de vida do bebê. Entre os seis e os nove meses, esse processo torna-se bastante evidente, como agarrar-se ao cuidador sorrindo e gesticulando ou tentando se aproximar dele (Bowlby, 1990; Ainsworth, 1964). De acordo com a teoria do apego, este tem quatro características distintas e importantes que podem ser vistas na criança em direção à sua figura de referência: 1) procura e manutenção da proximidade física, 2) procura de ajuda e conforto (porto seguro), 3) estresse da separação, e 4) uso da figura de apego como uma base segura para explorar o ambiente (Hazan, 2003; Hazan & Selcuk, 2015).

O apego da criança e a ação de cuidar de seus cuidadores são regulados pelas emoções, tais como a alegria e a raiva, as quais ativam cada um destes sistemas (Bowlby, 1990, 1993a). Isto nos mostra que a relação entre o bebê e o seu cuidador é uma ligação e um vínculo bem forte entre os dois, sendo

fortalecidos e reforçados pela relação e pelas emoções de parte a parte. A formação de modelos internos pela criança, ou modelos internos de funcionamento e relacionamento, seriam criados pela relação e interação com o outro, muitas das vezes o seu cuidador. Esses modelos internos serviriam, assim, de modelos ou protótipos para as relações posteriores que a criança, ou mais tarde o adulto, venha a estabelecer com outras pessoas e com o meio (Bowlby, 1990).

Percebe-se, então, que um dos aspectos mais relevantes é a relação que o bebê (ou qualquer pessoa) estabelece com o outro. É essa relação que cria e desenvolve os vínculos, o apego, a vinculação e os modelos internos acerca de como a criança se vê e julga a si mesma e de como vê e julga o outro. Compreende-se, então, que as reações do bebê e o seu comportamento de apego, assim como as reações dos seus pais e o seu comportamento de vinculação para com os seus filhos, servem como formadoras de modelos internos de funcionamento para a criança (Bowlby, 1990; Fraley, 2002; Scharfe & Bartholomew, 1994; Sroufe, 2005; Waters et al., 2000).

A internalização de emoções, comportamentos e relacionamentos formam aquilo que se chama de modelos internos de trabalho. É com base na interação que o bebê ou criança faz a sua aprendizagem e internalização e aprende como se comportar, relacionar e interagir com os outros e com o mundo. Estes primeiros relacionamentos acabam por criar uma representação de si e do outro, a qual depois vai ser usada nos novos relacionamentos que o bebê ou criança venha a ter. Criam-se modelos internos acerca de si, como sendo merecedor ou não de apoio, amor, conforto, carinho, cuidados etc. Surgem também modelos acerca dos outros e do seu comportamento, das suas ações, reações, atitudes e da confiança que se pode colocar neles e/ou esperar deles. Estes modelos internos que a criança cria e desenvolve na sua infância, ficam e perduram ao longo da vida, segundo Bowlby (1990).

Os modelos internos ou as maneiras de ver a si mesmo e o outro resultam em padrões de comportamento ou de relacionamento que se chamam modelos de apego ou padrões de apego, sendo usados de modo automático nos relacionamentos com o outro. Eles foram descobertos por Ainsworth (1964; 1979) e Ainsworth et al. (1978), que também desenvolveram a metodologia chamada situação do estranho, para identificar com relativa facilidade os padrões de apego das crianças. Este protocolo mostrou a existência de três categorias de comportamento:

**1) Padrão seguro**, no qual a criança está confiante de que o seu familiar ou figura de apego vai estar disponível, sensível aos seus apelos e necessidades, e pronto para a ajudar caso venha a encontrar alguma situação adversa

ou ameaçadora. Com esta certeza, a criança tem confiança e se sente segura aquando das suas explorações do mundo.

**2) Padrão de apego ansioso ambivalente/resistente** é aquele na qual a criança apresenta estresse quando da separação do seu cuidador e agarra-se bastante a ele quando se reaproxima, sendo difícil de consolar. Ela apresenta um comportamento que alterna entre o agarrar-se e expressões de raiva contra ele (Landa & Duschinsky, 2013). Para Bowlby (2005), o indivíduo está num estado em que não tem a certeza se o seu cuidador vai estar disponível ou se vai responder, ou ajudar quando ela precisar. Devido a esta incerteza, a criança deste padrão estará sempre com ansiedade ou medo de ser separada. Este padrão de apego, onde o conflito interno do menor está em evidência, é promovido quando o cuidador está disponível em algumas ocasiões, mas não em outras, como por exemplo durante as separações (afastamento) ou aquando do uso de ameaças de abandono como medida de controle (Bowlby, 2005).

**3) Apego ansioso evitante ou inseguro evitante.** As crianças deste grupo apresentam pouco ou nenhum estresse aquando da separação do seu cuidador, e ignoram ou evitam o cuidador quando ele regressa. Segundo Landa e Duschinsky (2013), Ainsworth enviou uma carta para Bowlby onde se referia às muitas evidências de que as mães das crianças do grupo ansioso evitante não gostavam de contato físico e que era através do seu comportamento de contato que elas expressavam a rejeição. A sua teoria era que isso colocava as crianças num vínculo duplo (“duplo vínculo”), uma vez que elas estavam programadas para obter contato com suas mães e eram repelidas ou, pelo menos, tinham experiências negativas quando buscavam esse contato. Segundo ela, a evitação e o desligamento eram, portanto, características do comportamento defensivo destas crianças (Landa & Duschinsky, 2013).

A criança deste grupo não confia nem acredita que o seu cuidador esteja disponível quando ela procurar ou precisar de ajuda. Antes, pelo contrário, ela espera ser repelida. E, desta maneira, a criança tenta viver a sua vida sendo emocionalmente autossuficiente, e mais tarde, pode ser diagnosticada como sendo narcisista ou como tendo um falso eu (Bowlby, 2005; Şar, 2017). Este padrão, no qual o conflito interno está mais escondido e menos visível, resulta do fato do cuidador repelir a criança quando esta se aproxima na busca de conforto ou proteção. E, em casos mais extremos, este padrão resulta de rejeições repetidas pelo cuidador (Bowlby, 2005).

Além das categorias anteriores, Main e Solomon (1986), ao usarem o protocolo da situação do estranho, descobriram que algumas crianças de 12

a 20 meses que foram deixadas com um estranho durante alguns minutos, não saudaram o regresso da mãe e ainda deliberadamente a evitaram. Aquelas que se aproximaram da mãe, rapidamente se afastaram dela. Outras crianças desviavam o olhar quando da aproximação da mãe, enquanto outras ficavam a olhar para a parede como se estivessem sendo punidas. A este comportamento de apego, elas chamaram de apego desorganizado, criando assim um quarto padrão de apego.

Quando se observou o comportamento das mães destas crianças no seu relacionamento com os seus filhos, elas pareciam “zangadas”, sem expressão, e não pareciam gostar do contato físico com eles. Algumas usavam tons agressivos com seus filhos, outras falavam sarcasticamente com eles ou acerca deles. E isso levou a perceber-se que, mantendo-se longe de uma mãe assim, é a maneira da criança evitar ser tratada de uma maneira hostil novamente (Bowlby, 1988).

Acerca deste padrão de apego, Bowlby (1988), considera que a criança e, mais tarde, o adulto, terá medo de se ligar e de se relacionar, seja com quem for; de ser rejeitado e de voltar a sentir toda a agonia, ansiedade e raiva que isso acaba por provocar e recordar. Ele diz que se forma um bloco maciço de dor e sofrimento que impede a pessoa de se expressar ou, mesmo, de sentir o seu desejo natural de ter um relacionamento próximo e de confiança, de buscar carinho, conforto e amor que são manifestações do comportamento instintivo. Tudo isto também explica as razões pelas quais a pessoa se relaciona como se relaciona, e porque existe tanta resistência no processo terapêutico. Destarte, a maneira como o paciente trata o terapeuta e o seu semelhante, será similar à maneira como ele reagiu aos seus pais quando criança (Santiago, 2017).

Percebemos, então, que as primeiras relações marcam e impactam profundamente a criança, criando nela padrões de apego ou de relacionamento, que visam evitar a dor e sofrimento, e, muitas das vezes, as levam a criar mecanismos de fuga e de evitação. O que Bowlby nos diz é que estes padrões e modelos, uma vez criados, tendem a manter-se ao longo da vida, sendo difíceis de modificar (Bowlby, 1990). O mesmo foi verificado e confirmado por outros autores e pesquisadores ao longo dos anos (Doyle, & Cicchetti, 2017; Fraley, 2002; Scharfe & Bartholomew, 1994; Sroufe, 2005; Vaughn et al., 1979; Waters et al., 2000).

Como podemos ver, temos inúmeros pesquisadores e vários estudos que nos mostram a continuidade dos padrões de apego ao longo da vida. Também Hazan e Shaver (1987) concluíram que o estilo de apego, ou padrão de apego, tende a manter-se na idade adulta. Estes autores também estabeleceram uma ligação entre o estilo de apego na infância e o tipo de vinculação amorosa que a pessoa adulta apresenta. Eles observaram que os diversos tipos de experiências amorosas que as pessoas têm e vivem caem dentro das três categorias de apego (seguro; evitante e ambivalente). E, igualmente, concluíram que os

modelos de trabalho internos, preditos por Bowlby, estavam relacionados com o tipo de vinculação existente nas relações amorosas que as pessoas vivem.

Verifica-se, assim, que existem diversas pesquisas que nos mostram que os padrões de apego, ou padrões de relacionamento criados e aprendidos na infância, acabam por perdurar nas relações do nosso dia a dia, sejam elas relações sociais, profissionais, amorosas ou outras. Por exemplo, um dos estudos mundialmente famosos, foi o de Minnesota (Sroufe et al., 2005), que foi realizado com os mesmos indivíduos que, 30 anos antes, foram estudados quando bebês por Ainsworth na situação do estranho. Este estudo demonstrou que existia uma correlação entre o apego destas pessoas quando bebês e o apego quando adultas, o que indica uma continuidade no tipo de apego, assim como uma influência do apego da infância na vida adulta.

No entanto, Bowlby (1990) afirma que esses modelos internos apesar de tenderem a ser fixos e a permanecerem ao longo da vida, também podem mudar sempre que as circunstâncias assim o exijam, como grandes mudanças no ambiente ou na vida da pessoa. Nesta linha, também Sroufe (2005) nos informa que a influência do passado se mantém no presente, mas que também existem alterações no tipo de apego e de vinculação. O autor chama a atenção para o fato de que nada é determinante e que apenas existem probabilidades, uma vez que o processo de desenvolvimento sofre muitas influências ao longo da vida da pessoa.

Nesta sequência, Moreira (2006) afirma que a vinculação no adulto é fruto da relação que ele vive, mostrando que as relações humanas são capazes de modificar e levarem a pessoa a mudar os seus modelos internos de comportamento, desde que mantidas durante tempo suficiente, ou desde que haja uma necessidade de mudança, como nos dizem Bowlby (1990), Simpson et al., (2003), Sroufe (2005) e outros.

Para a teoria do apego, o comportamento nas relações entre o bebê e o seu cuidador varia de acordo com a cultura e com a tradição nas quais eles se encontram inseridos (Cassidy, 2008; Cassidy & Shaver, 2008; Grossman & Grossman, 2006). Por outro lado, também podemos verificar diferenças de apego em diferentes culturas (Lopez et al., 2000; Rothbaum & Morelli, 2005; Rothbaum et al., 2000; Santiago et al., 2017; Schmitt et al., 2003; van Ijzendoorn & Sagi-Schwartz, 2008). Este comportamento relacional, proveniente da cultura e da tradição, acaba por influenciar os componentes do apego e da vinculação.

Alguns autores chamam a atenção para a influência da cultura no apego e argumentam que ele costuma ser observado, avaliado e julgado apenas segundo valores e perspectivas ocidentais (Rothbaum et al., 2000) e que, dessa maneira, induzem a erros de interpretação e de aplicações clínicas. No fundo, o que estes autores nos chamam a atenção é para o fato de muitas das vezes



usarmos os nossos modelos internos, as nossas crenças e presunções acerca do que é certo e errado, ou acerca de como o outro deve ou não se comportar, sem percebermos que estamos fazendo isso a partir de nossa aprendizagem, sem vermos nem entendermos as razões do outro.

Por outro lado, vários autores chamam a atenção para as diferenças culturais, e que estas, muitas das vezes, passam completamente despercebidas, até que entrem em choque/conflito com as próprias crenças (Carlson e Harwood, 2003). Eles dizem que até ao momento em que o indivíduo se encontrar com dificuldades nas suas interações e comunicações, ele não percebe essas diferenças e, como tal, não questiona as suas crenças e presunções pessoais. Em suma, estes autores chamam a atenção para os comportamentos automáticos nas nossas relações e interações, sem muitas das vezes levarmos em conta, ou questionarmos, as nossas ações e comportamentos. E, como sabemos, os modelos internos de funcionamento são aprendidos desde cedo na nossa vida e passam a fazer parte de nós sem que muitas vezes pensemos acerca dos porquês de determinados comportamentos e atitudes que para nós, muitas das vezes, parecem normais, mas que nem sempre o são para os outros à nossa volta.

## Método

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e comparativo onde se comparam duas amostras de duas populações de dois países. Pretendeu-se comparar a percepção de “apego aos pais” e a “vinculação aos colegas” nas duas amostras e fazer a comparação entre as mesmas.

Participaram nesta pesquisa 374 estudantes universitários, com idades desde os 18 até aos 49 anos. Destes, 213 eram brasileiros (57%), residentes no Distrito Federal e 161 portugueses (43%), residentes em Lisboa. Dos participantes brasileiros, 174 (81,7%) eram do gênero feminino e 39 (18,3%) eram do gênero masculino. Já quanto aos participantes portugueses, 124 (77%) eram do gênero feminino e 37 (23%) eram do gênero masculino.

Nesta pesquisa, os dados de Brasília foram coletados numa população de estudantes universitários de vários cursos, e de várias faculdades de Brasília no ano de 2016. Já os dados de Lisboa – Portugal faziam parte de uma base de dados do autor e foram coletados na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa em alunos de turmas de psicologia. Os estudantes foram informados de que a sua participação era voluntária e anônima e foi-lhes pedida a sua colaboração no preenchimento dos questionários. Os participantes usados na pesquisa tinham entre 18 e 49 anos e preencheram todos



os questionários (o questionário de dados sócio demográficos e os dos dois instrumentos utilizados), assim como o Termos de Consentimento Informado.

Os instrumentos foram a Escala de Vinculação do Adulto (EVA) de Canavarro (1999), o Questionário de Vinculação ao Pai e Mãe (QVPM) de Matos e Costa (2001), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e um Questionário Sócio Demográficos. Cabe referir que estes instrumentos, a Escala de Vinculação do Adulto e o Questionário de Vinculação ao Pai e Mãe, não são reconhecidos pelo Conselho Federal de Psicologia e como tal apenas podem ser usados para pesquisa.

O Questionário de Vinculação ao Pai e Mãe (QVPM) de Matos e Costa (2001) é um instrumento de autorrelato que foi usado na versão retrospectiva de modo a avaliar as representações e recordações que o indivíduo tem acerca das relações que teve com as suas figuras parentais no passado. Ele avalia três dimensões: 1) Qualidade do Laço Emocional (QLE); 2) Inibição da Exploração e Individualidade (IEI); e 3) Ansiedade de Separação (ASEP). Estas três dimensões permitem obter uma compreensão acerca da percepção que os indivíduos têm sobre o que foram os seus relacionamentos e comportamentos nas suas relações com os seus pais na infância. Este questionário contém 30 perguntas, dez para cada dimensão, sendo elas respondidas de modo retrospectivo quer para o pai, quer para a mãe, através de uma escala de 6 pontos. Estes valores estão organizados em duas colunas, uma para o pai e outra para a mãe, sendo cada uma delas, respondida para o pai e para a mãe de forma independente (Gouveia & Matos 2011).

A Escala de Vinculação do Adulto (EVA) tem a sua origem em Collins e Read (1990) que usando os instrumentos de Hazan e Shaver (1987), os transformaram em múltiplos itens de forma a que eles pudessem ser avaliados de forma independente, numa escala *Likert*, de onde resultaram três dimensões (Canavarro et al., 2006). Estes múltiplos itens foram transformados em 18 frases que foram usadas numa escala de *Likert*, tendo sido adaptada para Portugal por Cristina Canavarro recebendo o nome de EVA – Escala de Vinculação do Adulto.

Esta escala usa uma abordagem dimensional, com a possibilidade do sujeito se situar ao longo de dimensões contínuas sem uma fronteira rígida. Ela é constituída por 18 itens que são avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos. Este instrumento avalia as relações com os pares, considerando que a sua função é generalizável às relações com outras figuras significativas. Ela permite caracterizar a percepção dos sujeitos sobre como eles se sentem nas suas relações, identificando três dimensões: 1) Ansiedade, 2) Conforto com a Proximidade e 3) Confiança nos Outros, sendo que cada dimensão deste instrumento é avaliada por 6 itens.

O tratamento dos dados destas duas populações foi realizado com o programa IBM SPSS Statistics, versão 20 (IBM, 2011). Para além das estatísticas descritivas, como médias e desvios-padrão, usamos o Modelo Linear Geral (Análise de Regressão/Análise de Variância) o qual permite determinar a relação e influência entre as variáveis independentes e as dependentes, mostrando possíveis causas e efeitos entre elas.

Em virtude de os instrumentos serem portugueses e estarem na língua portuguesa de Portugal, foi efetuada a validação semântica dos mesmos a fim de evitar possíveis diferenças linguísticas e de modo a que o português se encontrasse mais adequado ao português do Brasil.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Ciências Humanas e Sociais da UnB com o parecer nº 1.822.440 para os dados brasileiros. Quanto aos dados de Portugal, estes tiveram a aprovação do Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa que foi a entidade responsável pela ética na pesquisa.

## Resultados

### Questionário de Vinculação ao Pai e Mãe (QVPM)

Os resultados da nossa análise do instrumento QVPM podem ser observados na Tabela 1, com as médias das três dimensões do instrumento, quer para o pai, quer para a mãe, e para as duas populações (portuguesa e brasileira).

**Tabela 1** – Estatísticas Descritivas (média e desvio-padrão) das Dimensões do QVPM por Nacionalidade

| Nacionalidade           |       | QLE  |      | IEI  |      | ASEP |      |
|-------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|
|                         |       | PAI  | MÃE  | PAI  | MÃE  | PAI  | MÃE  |
| Brasileira<br>(n = 213) | Média | 4.72 | 5.17 | 3.15 | 3.36 | 3.43 | 3.82 |
|                         | DP    | 1.20 | 0.87 | 1.00 | 1.03 | 1.09 | 1.03 |
| Portuguesa<br>(n = 161) | Média | 4.63 | 5.05 | 2.75 | 2.91 | 3.37 | 3.65 |
|                         | DP    | 1.34 | 1.02 | 1.13 | 1.12 | 1.08 | 1.02 |
| Total<br>(n = 374)      | Média | 4.68 | 5.11 | 2.97 | 3.17 | 3.40 | 3.75 |
|                         | DP    | 1.26 | 0.94 | 1.07 | 1.09 | 1.08 | 1.03 |

*Nota.* QLE: Qualidade do Laço Emocional; IEI: Inibição da Exploração e Individualidade; ASEP: Ansiedade de Separação.

Podemos ver que, em todas as dimensões e para ambas as populações, os valores da média para o pai são inferiores aos da mãe. Já quando comparamos os valores dos portugueses com os brasileiros, vemos que a única dimensão

onde existem diferenças significativas é a dimensão Inibição da Exploração e Individualidade, onde as média dos participantes brasileiros são mais elevadas do que a dos portugueses, em quase meio valor, (0.40, para o pai, e 0.45, para a mãe). Ao se usar a análise de variância (ANOVA), verificamos que estas diferenças são estatisticamente significativas, ( $F(1, 372) = 13.117, p < .001$ ) para o pai e ( $F(1, 372) = 16.520, p < .001$ ) para a mãe.

Verificamos, então, que a percepção da população brasileira sobre a Inibição da Exploração e Individualidade é maior, ou pelo menos mais sentida por ela, do que pelos portugueses. E isto é válido quer em relação à mãe, quer em relação ao pai. Já nas outras duas dimensões, Qualidade do Laço Emocional e Ansiedade de Separação, não se verificaram diferenças significativas entre as duas populações.

## Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

A escala EVA mede e avalia a vinculação que a pessoa tem atualmente com os seus semelhantes. Ao analisar e comparar os resultados das médias obtidas entre a população portuguesa e a brasileira, que se encontra na Tabela 2, verificamos que na dimensão Ansiedade existem diferenças, onde os brasileiros têm uma média de 2.54 e os portugueses 2.39. Por sua vez ao se usar a análise de variância (ANOVA), verificamos que esta diferença é significativa do ponto de vista estatístico ( $F(1, 372) = 3.953, p = .048$ ), mostrando que os brasileiros da amostra sentem mais ansiedade do que os portugueses.

**Tabela 2** – Média e Desvio Padrão das Dimensões da Escala EVA por Nacionalidade

| Nacionalidade           |       | Ansiedade | Conforto com a Proximidade | Confiança nos Outros |
|-------------------------|-------|-----------|----------------------------|----------------------|
| Brasileira<br>(n = 213) | Média | 2.54      | 3.66                       | 3.41                 |
|                         | DP    | 0.78      | 0.69                       | 0.79                 |
| Portuguesa<br>(n = 161) | Média | 2.39      | 3.77                       | 3.63                 |
|                         | DP    | 0.72      | 0.58                       | 0.82                 |
| Total<br>(n = 374)      | Média | 2.48      | 3.70                       | 3.50                 |
|                         | DP    | 0.75      | 0.65                       | 0.81                 |

Quanto à dimensão Confiança nos Outros, verificamos que os participantes brasileiros têm uma média mais baixa (3.41), do que os participantes portugueses (3.63), sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $F(1, 372) = 6.512, p = .011$ ). Já quanto à dimensão Conforto com a Proximidade, não existem diferenças significativas entre as duas populações.

## Discussão

Como pudemos ver anteriormente, existem diferenças significativas entre a população portuguesa e brasileira na dimensão Inibição de Exploração e Individualidade do QVPM. Estes resultados, mostram que a recordação das representações das suas relações de infância com seus cuidadores, é significativa entre estas duas populações.

Nas duas populações, os valores do QVPM relativos ao pai são sempre inferiores aos valores obtidos pela mãe, apesar dessa diferença não ser significativa para nenhuma dimensão. Estas diferenças verificam-se nas amostras dos dois países, não sendo assim características de apenas um deles. Estas pequenas diferenças entre o pai e a mãe salientam a importância e influência que a mãe aparenta ter na infância e também na maneira sobre como a criança e o adulto percebem o que sentem em relação a si mesmos e em relação aos outros. A mãe acaba por aparentar ter um papel mais relevante na vida da criança, o que vem de encontro ao fato dela ainda ser vista como a cuidadora e aquela que acolhe e apoia. Por outro lado, os valores da população brasileira, quer relativos ao pai, quer relativos à mãe, são ligeiramente superiores aos da população portuguesa, apesar de não serem significativos, o que aparenta mostrar que a influência dos pais brasileiros sobre seus filhos é maior do que a influência dos pais portugueses.

Já quanto às dimensões da vinculação do adulto aos seus pares no seu dia a dia (EVA), verificamos que a Ansiedade e Confiança nos Outros, apresentam diferenças estatisticamente significativas onde essa Ansiedade é mais elevada nos brasileiros do que nos portugueses, e verificamos que a Confiança nos Outros é menor nos brasileiros do que nos portugueses. Estas diferenças, nestas duas dimensões, levam-nos a dizer que existem diferenças entre as duas populações quando se trata da vinculação aos pares no dia a dia.

Os resultados vêm ao encontro do que disseram diversos pesquisadores que chamaram a atenção para as diferenças entre diversas culturas (Cassidy, 2008; Cassidy & Shaver, 2008; Grossman & Grossman, 2006; Lopez et al., 2000; Rothbaum & Morelli, 2005; Rothbaum et al., 2000; Schmitt et al., 2003; van Ijzendoorn & Sagi-Schwartz, 2008), e diferenças para diferentes ambientes relacionais Moreira (2006). Por outro lado, temos também a maneira de sentir e interpretar que pode ser diferente de cultura para cultura e que precisa de ser tida em conta (Rothbaum et al., 2000).

Os dados apontam várias questões, como por exemplo, quais as razões das diferenças nas duas dimensões no adulto, e se essas diferenças se devem aos modelos internos de apego e relacionamento formados na infância, ou se essa diferença se deve à influência cultural, ou do meio em que se vive?

Chama-se a atenção para as diferenças que existem entre duas populações que têm a mesma língua, mas que têm culturas diferentes. Estes resultados também abrem o caminho para novas pesquisas de forma a se avaliar as razões destas diferenças, assim como para avaliar os modelos internos, sua formação e suas consequências posteriores na vida adulta. Aqui caberia também estudar as diferenças culturais e suas possíveis influências sobre as famílias e consequentemente sobre o bebê ou criança.

Os resultados também não nos elucidam acerca dos modelos internos ou da maneira como cada pessoa se vê a si mesma e de como ela vê o outro. Demonstrou-se que existem diferenças entre as duas populações estudadas, em algumas dimensões dos instrumentos usados. E sabendo que o comportamento de apego e de vinculação é o resultado dos modelos internos e das formas de relacionamento vividas e criadas na infância, podemos sugerir de que de alguma maneira as infâncias das pessoas destas duas populações possam ter sido diferentes.

Tudo isto nos leva a perceber que nunca trabalhamos com dados e informações imutáveis, mas que os dados e informações mudam de acordo com as situações que as pessoas vivem. Levando-se em consideração que os modelos internos de comportamento dependem e variam de acordo com as relações que o bebê e/ou criança viveu com os seus cuidadores e familiares, percebemos que o ambiente familiar e relacional é determinante na formação destes modelos internos de comportamento. E como não poderia deixar de ser, o ambiente familiar é influenciado pelo meio onde ele está inserido, como seja o país, a cultura, os meios de informação e muitos outros fatores. Compreende-se então que possam existir diferenças entre os diversos ambientes familiares – toda a família é única – e que possam existir diferenças entre regiões ou países uma vez que a cultura, os meios de informação, o ambiente e outros fatores, são diferentes de lugar para lugar.

## Conclusão

Esta pesquisa teve por objetivo identificar as semelhanças e diferenças de apego e vinculação de adultos portugueses e brasileiros. Os dados obtidos, demonstraram a importância das relações iniciais na formação de modelos internos de comportamento e de relacionamento e que a maneira como vemos e sentimos esses modelos internos, é diferente de cultura para cultura ou de país para país. Apontaram-se diferenças significativas entre as duas populações na maneira como elas sentem a Inibição de Exploração e Individualidade na infância e no seu relacionamento com os seus pais.

Já quanto aos resultados da vinculação aos pares verifica-se também que os brasileiros sofrem de maior ansiedade do que os portugueses. A Confiança nos Outros, apresentou-se mais baixa nos brasileiros e mais alta nos portugueses. Ou seja, são duas dimensões que são diferentes entre as duas populações e que refletem o que as pessoas sentem e vivem nos seus relacionamentos do seu dia a dia. No entanto, nada nos diz acerca das razões de tais diferenças uma vez que estamos a lidar com culturas diferentes e com educação e relacionamentos diferentes.

Resulta também o fato de que a parte mais importante deste trabalho não foram os seus resultados, mas sim a compreensão acerca dos modelos internos de trabalho, da sua formação e da sua importância para o bem-estar de cada um. E consequentemente, percebe-se aqui a importância das primeiras relações e dos exemplos relacionais que se devem aprender e interiorizar em criança. Isto mostra também a importância e a responsabilidade que se “exige” aos pais e cuidadores para que eles possam ter e manter boas relações com os seus filhos, a fim de que estes formem e tenham modelos internos de trabalho de confiança e de segurança.

Apesar de se ter efetuado a validação semântica dos instrumentos, sempre fica a dúvida acerca de se os instrumentos refletem uma realidade absoluta ou se uma relativa uma vez que segundo alguns autores, não basta fazer apenas uma tradução ou adaptação uma vez que a maneira de ver, de sentir e de interpretar de uma população pode ser bem diferente de outra população. Por outro lado, há que ter grandes cuidados na interpretação dos resultados, uma vez que eles sempre dependem da maneira de os ver e sentir e das nossas crenças e presunções acerca dos mesmos. Apesar de se perceberem diferenças nos resultados entre as duas populações, este trabalho não se focou em comportamentos específicos nem em sentimentos ou vivências destas populações o que poderá ser uma mais valia em estudos posteriores.

O que este trabalho mostrou é que surgem mais questões do que aquelas a que ele responde e que se torna importante estudar e aprofundar cada vez mais este e outros temas relacionados de modo a se encontrarem respostas e maneiras de podermos atuar e ajudar o outro e a sociedade em que vivemos. Apesar do comportamento de apego e de vinculação estarem intimamente ligados ao comportamento relacional e social, este não foi o alvo do nosso estudo no momento. E da mesma forma, também não abordamos os modelos internos acerca de como as pessoas se vêem a si mesmas ou de como vêem o outro, uma vez que isso de alguma forma transparece no seu comportamento de apego e de vinculação. No entanto, estes dois fatores poderão ser interessantes virem a ser estudados em trabalhos ou pesquisas posteriores.

## REFERÊNCIAS

Ainsworth, M. D. (1964). Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 10(1), 51–58.

Ainsworth, M. D. S. (1979). Attachment as related to mother-infant interaction. *Advances in the study of behavior*, 9, 1–51. [https://doi.org/10.1016/S0065-3454\(08\)60032-7](https://doi.org/10.1016/S0065-3454(08)60032-7)

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Bowlby, J. (1990). *Apego: apego e perda Trilogia Apego e Perda*. (A. Cabral, Trad.). Livraria Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1969).

Bowlby, J. (1993a). *Separação: Angústia e raiva. Trilogia Apego e Perda*. Livraria Martins Fontes Editora.

Bowlby, J. (1993b). *Perda: tristeza e depressão Trilogia Apego e Perda*. Livraria Martins Fontes

Bowlby, J. (2005). *A secure base: Clinical applications of attachment theory* (Vol. 393). Taylor & Francis.

Brask, J. B., Ellis, S., & Croft, D. P. (2020). Animal social networks – An introduction for complex systems scientists. *arXiv:2005.09598 [physics, q-bio]*. <http://arxiv.org/abs/2005.09598>

Canavarro, M. C. (1999). *Relações afetivas e Saúde Mental*. Quarteto Editora.

Canavarro, M. C., Dias, P. & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da adult attachment scale-r (aas-r) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1). [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-20492006000100008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492006000100008)

Carlson, V. J., & Harwood, R. L. (2003). Attachment, culture, and the caregiving system: The cultural patterning of everyday experiences among Anglo and Puerto Rican mother-infant pairs. *Infant Mental Health Journal*, 24(1), 53–73. <https://doi.org/10.1002/imhj.10043>

Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. Cassidy, J. & Shaver, Phillip R. (Ed). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed., (pp. 3-22). Guilford Press.

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of Attachment, Second Edition: Theory, Research, and Clinical Applications*. Guilford Press.

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644–663. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>

Doyle, C., & Cicchetti, D. (2017). From the Cradle to the Grave: The Effect of Adverse Caregiving Environments on Attachment and Relationships Throughout the Lifespan. *Clinical Psychology: A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 24(2), 203–217. <https://doi.org/10/gg28sh>

Fraley, R. C. (2002). Attachment Stability from Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 123-151. [https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602\\_03](https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_03)

Gouveia, T. & Matos, P. (2011). *Manual QVPM – Questionário de vinculação ao pai e à mãe*. <https://sites.google.com/site/manualqvpm/>

Grossmann, K.E., & Grossmann, K. (2006). Universality of human social attachment as an adaptive process. In C.S. Carter et al. (Eds.). *Attachment and bonding: A new synthesis* (pp. 199-229). The MIT Press.

Hazan, C. (2003). The essential nature of couple relationships. in *Attachment processes in couple and family therapy*. In S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couple and family therapy* (pp. 43–63). Guilford Press.



Hazan, C., & Selcuk, E. (2015). Normative processes in romantic attachment: Introduction and overview. In V. Zayas & C. Hazan (Eds.), *Bases of adult attachment: Linking brain, mind and behavior* (p. 3–8). Springer Science + Business Media. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9622-9\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9622-9_1)

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

IBM (2011). *IBM SPSS Statistics 20 Brief Guide*. [ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/en/client/Manuals/IBM\\_SPSS\\_Statistics\\_Brief\\_Guide.pdf](ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/en/client/Manuals/IBM_SPSS_Statistics_Brief_Guide.pdf)

Landa, S., & Duschinsky, R. (2013). Letters from Ainsworth: Contesting the “Organization” of Attachment. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(2), 172.

Lopez, F. G., Melendez, M. C., & Rice, K. G. (2000). Parental divorce, parent–child bonds, and adult attachment orientations among college students: A comparison of three racial/ethnic groups. *Journal of Counseling Psychology*, 47(2), 177–186. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.2.177>

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.

Matos, P. M., & Costa, M. E. (2001). *Questionário de vinculação ao pai e à mãe. Manuscrito não publicado*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Moreira, J. M. (2006). Será o estilo de vinculação específico para cada relação? Um estudo utilizando a teoria da generalizabilidade. *Psicologia*, 20(1), 127–154.

Rothbaum, F., & Morelli, G. (2005). Attachment and Culture: Bridging Relativism and Universalism. In W. Friedlmeier, P. Chakkarath, & B. Schwarz (Eds.), *Culture and human development: The importance of cross-cultural research for the social sciences* (p. 99–123). Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis.

Rothbaum, F., Weisz, J., Pott, M., Miyake, K., & Morelli, G. (2000). Attachment and culture: Security in the United States and Japan. *American Psychologist*, 55(10), 1093–1104. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.10.1093>

Santiago, J. C., (2017). *Vinculação atual aos pares e a percepção de apego aos pais em Lisboa e Brasília: Relação amorosa e nacionalidade como moderadoras*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24330>

Santiago, J. C., Bucher-Maluschke, J. S., Alexandre, I. F., & Branco, F. (2017). Attachment to peers and perception of attachment to parents in adults. *Psychology*, 08(06), 862–877 <https://doi.org/10.4236/psych.2017.86056>

Şar, V. (2017). Parallel-Distinct Structures of Internal World and External Reality: Disavowing and Re-Claiming the Self-Identity in the Aftermath of Trauma-Generated Dissociation. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10/f9rxdc>

Scharfe, E., & Bartholomew, K. (1994). Reliability and Stability of Adult Attachment Patterns. *Personal Relationships*, 1, 23-43. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1994.tb00053.x>

Schmitt, D., Nader, M., & Casullo, M. M. (2003). Patrones y peculiaridades del apego romántico en adultos de 62 regiones culturales: ¿Son los Modelos de Sí Mismo y Otros constructos panculturales? *Psicodebate*, 4, 105-129. <https://doi.org/10.18682/pd.v4i0.497>

Simpson, J. A., Rholes, W. S., Campbell, L., & Wilson, C. L. (2003). Changes in attachment orientations across the transition to parenthood. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39(4), 317–331. [https://doi.org/10.1016/S0022-1031\(03\)00030-1](https://doi.org/10.1016/S0022-1031(03)00030-1)

Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, & Collins (2005). *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. The Guilford Press.

Sroufe, L. A. (2005). Attachment and Development: A Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367. <https://doi.org/10.1080/14616730500365928>

Van Ijzendoorn, M. H., & Sagi-Schwartz, A. (2008). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 880–905). Guilford Press.

Vaughn, B., Egeland, B., Sroufe, L. A., & Waters, E. (1979). Individual differences in infant–mother attachment at twelve and eighteen months: Stability and change in families under stress. *Child Development*, 50, 971–975.

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Child Development*, 71, 684–689. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00176>.

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

Adesão ao tratamento 11, 18, 473, 477, 486, 487, 492, 493, 497, 507, 516, 517, 520, 525, 527

Adolescência 284, 356, 361, 385, 386, 394, 396, 408, 426, 433, 434, 435, 436, 439, 441, 443, 450, 451, 452

Álcool e outras drogas 186, 255, 346, 416, 425, 431

Amputação 10, 18, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 469, 470

Análise 7, 8, 10, 15, 17, 18, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 34, 36, 37, 43, 56, 61, 71, 73, 74, 76, 82, 83, 84, 87, 91, 92, 95, 99, 101, 103, 104, 105, 106, 126, 148, 152, 165, 166, 171, 172, 177, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 187, 193, 194, 196, 207, 213, 216, 219, 221, 222, 232, 238, 241, 253, 262, 263, 267, 269, 272, 273, 276, 287, 299, 307, 308, 309, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 324, 326, 333, 336, 337, 343, 344, 345, 358, 361, 362, 373, 374, 375, 377, 413, 417, 418, 419, 423, 440, 442, 444, 451, 453, 458, 463, 464, 473, 475, 476, 483, 494, 498, 500, 503, 507, 509, 510, 537, 538

Analista 4, 7, 14, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 58, 59, 70, 73, 74, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 339, 563

Ansiedade 145, 172, 190, 230, 231, 232, 233, 239, 255, 270, 303, 444, 456, 457, 458, 462, 465, 491, 493, 495, 497, 500, 501, 504, 505, 506, 508, 532, 533, 536, 537, 538, 539, 541

Apoio psicossocial 250, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260

Arte 7, 14, 23, 33, 39, 40, 41, 43, 45, 47, 48, 50, 52, 53, 56, 57, 65, 67, 89, 344, 350, 449, 455

## B

Behaviorismo 104, 105

## C

Comitê de ética 192, 308, 377, 433, 437, 457, 495, 518, 537

Comportamentos suicidas 195

Conhecimento 7, 18, 26, 32, 33, 35, 48, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 101, 102, 105, 106, 108, 112, 113, 114, 165, 166, 174, 188, 194, 195, 196, 217, 234, 253, 292, 346, 358, 359, 365, 367, 401, 413, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 423, 424, 427, 449, 482, 514, 515, 519, 529

Coronavírus 207, 210, 213, 215, 220, 221, 225, 229, 231, 240, 241, 243, 244, 245, 247, 249, 256, 259, 260, 285, 286, 296, 297, 298, 482

Covid 9, 15, 16, 207, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 229, 230, 232, 233, 234, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 285, 297, 298, 299, 367, 482, 512, 517, 526

Crack 9, 16, 301, 302, 303, 304, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319

Crenças 8, 15, 18, 77, 86, 95, 96, 97, 114, 115, 117, 138, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 195, 196, 197, 198, 200, 235, 361, 363, 365, 387, 414, 415, 424, 425, 427, 456, 461, 492, 493, 494, 497, 525, 535, 541

## **D**

Delírio 7, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 77, 337, 338, 340, 352

Depressão 194, 195, 230, 231, 233, 239, 270, 305, 381, 444, 456, 457, 458, 462, 491, 493, 495, 497, 501, 502, 504, 505, 506, 508, 542

Diagnóstico 8, 15, 135, 143, 144, 146, 149, 150, 151, 152, 155, 156, 160, 194, 195, 211, 214, 284, 342, 426, 450, 474, 477, 478, 480, 482, 494, 517, 524

Direitos sociais 17, 325, 393

Doença social 330

Drogas 10, 16, 18, 186, 255, 301, 302, 303, 306, 307, 311, 312, 313, 314, 316, 317, 318, 346, 394, 407, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 444, 445, 446

## **E**

Estratégias de enfrentamento 18, 324, 328, 493, 502, 503, 505, 510

## **F**

Família 119, 120, 179, 186, 187, 201, 214, 227, 261, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 283, 287, 288, 290, 308, 311, 313, 315, 334, 337, 338, 339, 341, 344, 348, 351, 364, 365, 367, 373, 394, 395, 397, 402, 404, 407, 409, 410, 416, 424, 428, 443, 445, 446, 447, 513, 514, 530, 540

Fenomenologia 39, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 102, 103, 104, 105, 107, 336, 337, 338, 349

Freud 14, 28, 29, 31, 32, 37, 38, 39, 40, 50, 52, 53, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 67, 68, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 85, 86, 88, 132, 135, 136, 139, 140, 141, 142, 227, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 307, 318, 323, 330, 337, 442, 443, 451

## G

Gênero 16, 96, 188, 209, 210, 212, 214, 215, 216, 262, 273, 274, 277, 278, 281, 282, 285, 288, 289, 290, 291, 292, 294, 298, 299, 301, 303, 304, 306, 308, 316, 317, 318, 319, 321, 356, 361, 363, 369, 386, 387, 397, 413, 460, 514, 535

Gripe 16, 225, 226, 227, 229, 230, 232, 233, 234, 236, 237, 238, 239, 240, 241

## H

Hiv/aids 473, 474, 475, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 489, 491, 494, 495, 496, 499, 500, 503, 504, 507, 508, 510

Humanismo 104, 105

## I

Interpretação 15, 23, 24, 26, 28, 33, 34, 35, 58, 61, 63, 64, 68, 80, 84, 89, 101, 165, 166, 172, 182, 191, 196, 289, 303, 304, 343, 477, 492, 535, 541

Intervenção 11, 16, 17, 18, 30, 66, 137, 190, 191, 196, 197, 317, 323, 326, 333, 334, 335, 336, 337, 339, 341, 342, 343, 345, 349, 350, 355, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 368, 371, 397, 399, 403, 404, 409, 410, 411, 421, 422, 423, 425, 441, 453, 457, 485, 491, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 517, 518, 524

Isolamento social 214, 228, 231, 236, 271, 297, 385, 512, 526

## J

Justiça 128, 131, 134, 140, 214, 290, 292, 293, 397, 399, 401, 402, 403, 404, 406, 408, 410, 439, 559, 563

## L

Lacan 14, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 33, 34, 35, 37, 38, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 136, 337, 338, 435

Laço social 67, 70, 72, 435, 443, 450, 451, 452

Linguagem 7, 23, 29, 31, 32, 33, 34, 41, 44, 45, 46, 47, 49, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 86, 114, 132, 136, 141, 337, 340, 346, 349, 361, 365, 377, 436, 437, 451, 475, 511, 514, 515, 524, 526

**M**

Mãe 43, 46, 73, 74, 78, 81, 83, 86, 115, 214, 227, 270, 272, 311, 381, 382, 385, 533, 536, 537, 538, 539, 543, 544

Manual psicoeducativo 495, 496, 497, 499, 500, 501, 504, 505

Masculinidade 16, 281, 282, 284, 290, 291, 294, 296, 297, 298, 299, 301, 304, 305, 306, 307, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 363

Medida socioeducativa de internação 398, 437, 446, 450

Medo 16, 77, 84, 112, 190, 227, 228, 231, 232, 236, 238, 255, 312, 321, 322, 329, 381, 386, 395, 425, 427, 461, 532, 533

Mitos 8, 15, 96, 115, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 195, 196, 197, 198, 200

Morte 43, 76, 77, 85, 86, 116, 122, 185, 187, 195, 199, 210, 211, 212, 213, 215, 227, 228, 231, 232, 234, 236, 239, 440, 441, 456

**N**

Namoro 10, 17, 355, 356, 358, 359, 360, 361, 362, 365, 366, 368, 369, 370, 371, 373, 376, 378, 381, 384, 385, 386, 387, 390

Necessidades 165, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 235, 255, 267, 269, 270, 275, 358, 361, 362, 364, 367, 371, 394, 399, 400, 444, 455, 462, 474, 484, 513, 516, 525, 532

**O**

Ofensa sexual 10, 17, 393, 395, 396, 397, 401, 404, 406, 408, 410, 411

Organização da personalidade 144, 146, 153, 155, 162

**P**

Paciente 29, 44, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 115, 131, 144, 147, 189, 190, 194, 307, 310, 312, 339, 341, 454, 457, 461, 478, 479, 480, 481, 492, 511, 512, 513, 514, 516, 517, 519, 520, 521, 522, 524, 525, 527, 533

Pandemia 8, 9, 15, 207, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 222, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 237, 238, 239, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 254, 255, 256, 257, 258, 260, 285, 286, 296, 297, 298, 299, 367, 481, 482, 491, 512, 517, 525, 526

Personalidade 8, 15, 78, 115, 135, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 322, 344, 557

Poder de influência da comunicação 519, 520, 522, 523

Prazeres 16, 305, 317

Prevenção de drogas 418

Primeiras crises 9, 17, 333, 334, 335, 339, 342, 343, 344, 345, 349, 350, 351

Processos psíquicos 73, 78, 79, 86

Professores 190, 191, 192, 249, 290, 364, 365, 413, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 429, 432, 443

Profissionais de saúde 186, 189, 190, 196, 197, 200, 255, 344, 352, 416, 431, 445, 454, 476, 477, 484, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 519, 524

Psicanálise 13, 14, 25, 28, 29, 35, 36, 37, 39, 44, 46, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 69, 71, 88, 89, 104, 105, 107, 125, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 200, 238, 318, 337, 339, 340, 341, 342, 343, 352, 434, 435, 442, 450

Psicoeducação 363, 497, 504

Psicologia clínica e cultura 3, 4, 13, 161, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 433, 486, 528, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564

Psicólogo 89, 109, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 131, 134, 160, 161, 165, 166, 207, 217, 219, 220, 222, 239, 331, 399, 527, 529, 556

Psicose 55, 56, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 67, 69, 71, 72, 77, 146, 153, 154, 335, 336, 337, 339, 340, 341, 342, 344, 345, 346, 349, 351, 352

## R

Relacionamentos 10, 314, 327, 355, 361, 363, 367, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 384, 389, 414, 497, 514, 529, 531, 536, 541

Relações 16, 19, 45, 58, 59, 98, 105, 108, 121, 128, 144, 149, 172, 176, 185, 208, 209, 226, 227, 229, 230, 232, 235, 237, 255, 266, 267, 268, 273, 274, 281, 283, 293, 294, 314, 316, 321, 322, 323, 324, 326, 327, 329, 338, 344, 352, 355, 356, 363, 367, 371, 373, 375, 376, 384, 385, 387, 388, 390, 394, 396, 398, 403, 413, 456, 462, 475, 487, 512, 515, 524, 529, 530, 531, 533, 534, 535, 536, 537, 539, 540, 541, 542

## S

Saber 25, 29, 32, 33, 34, 35, 37, 44, 78, 82, 83, 87, 93, 95, 107, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 125, 133, 150, 152, 166, 167, 173, 175, 177, 178, 179, 200, 207, 218, 227, 228, 260, 306, 308, 313, 327, 329, 331, 334, 385, 404, 405, 427, 447, 529

Saúde mental 9, 16, 17, 133, 134, 135, 139, 186, 188, 189, 190, 191, 196, 197, 231, 232, 243, 250, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 278, 281, 290, 291, 296, 301, 303, 304, 316, 321, 322, 323, 324, 327, 333, 334, 335, 337, 338, 342, 343, 344, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 356, 371, 372, 387, 410, 413, 416, 431, 445, 478, 492, 504, 508, 543, 556



Segurança 8, 97, 125, 128, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 186, 200, 252, 286, 287, 297, 437, 438, 445, 447, 527, 541

Sexo 17, 145, 166, 179, 186, 192, 231, 269, 273, 274, 283, 301, 302, 373, 376, 397, 421, 423, 434, 436, 437, 459, 476, 477, 493, 494, 518, 519

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida 18, 473

Sociedade 10, 13, 17, 69, 93, 96, 100, 112, 129, 131, 139, 187, 190, 208, 215, 216, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 228, 261, 262, 264, 265, 271, 273, 276, 277, 288, 292, 293, 294, 303, 310, 311, 316, 323, 330, 331, 355, 357, 359, 363, 364, 399, 406, 419, 425, 430, 442, 448, 451, 475, 476, 479, 484, 487, 527, 541

Sofrimento psíquico 17, 197, 311, 331, 333, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 442, 444, 507

Sofrimentos 16, 301, 312, 316, 317, 335, 343, 349, 455

Subjetividade 27, 30, 47, 48, 80, 85, 99, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 116, 120, 123, 135, 138, 216, 282, 287, 294, 325, 327, 328, 349, 483

Suicídio 8, 15, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 227, 312, 434, 438, 439, 440, 441, 442, 446

## T

Terapia 19, 108, 159, 176, 179, 199, 254, 255, 290, 333, 336, 339, 341, 342, 343, 346, 350, 351, 380, 382, 456, 478, 493, 497, 507, 518, 519

Término 10, 17, 83, 373, 374, 375, 376, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 494

Tomada de consciência 87, 111, 121, 289

Transtornos 15, 134, 139, 143, 145, 148, 150, 153, 155, 158, 159, 186, 196, 230, 231, 255, 270, 276, 277, 303, 334, 338, 342, 396, 426, 450, 456, 458, 462, 492, 493

Tratamento 8, 11, 18, 27, 33, 37, 56, 60, 67, 71, 82, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 141, 157, 178, 179, 188, 189, 197, 220, 227, 289, 290, 291, 295, 307, 313, 318, 329, 334, 341, 373, 381, 431, 444, 445, 459, 462, 473, 474, 477, 478, 479, 480, 482, 483, 486, 487, 489, 491, 492, 493, 494, 495, 497, 507, 509, 512, 513, 514, 516, 517, 520, 524, 525, 527, 537

## U

Uso de crack 9, 301, 302, 303, 304, 308, 309, 311, 313, 315, 316, 317, 318

Uso de drogas 18, 301, 302, 303, 312, 313, 314, 317, 394, 416, 419, 422, 423, 425, 427, 431, 444, 446

Usuários 133, 284, 302, 304, 306, 307, 309, 311, 313, 316, 317, 318, 319, 413, 414, 415, 416, 417, 421, 423, 425, 427, 430, 463, 476, 479, 486, 516, 523

## V

Violência contra mulheres 9, 281, 285, 286, 287, 289, 290, 292, 293, 294, 295, 298, 372

Virilidade 281, 294, 305, 308, 309, 310, 311, 313, 314, 315, 316, 321



# **SOBRE AUTORAS E AUTORES**

## **Alvinan Magno Lopes Catão**

Doutorando do Programa de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: [alvinanmagno@gmail.com](mailto:alvinanmagno@gmail.com).

## **Ana Clara de Oliveira Alves**

Mestranda do Programa de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: [aclaraalves94@gmail.com](mailto:aclaraalves94@gmail.com).

## **Ana Cláudia Almeida Machado**

Doutoranda do Programa de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: [naclau@gmail.com](mailto:naclau@gmail.com).

## **Ana Giulia de Araújo Conte**

Mestranda do Programa de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Email: [giulia\\_conte@hotmail.com](mailto:giulia_conte@hotmail.com).

## **Ana Luiza Henriques Samarcos**

Mestranda do Programa de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: [anasamarcos@gmail.com](mailto:anasamarcos@gmail.com).

## **Anamélia Lorenzetti Bocca**

Doutora em Imunologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Campus Ribeirão Preto. Professora Titular do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Brasília. E-mail: [albocca@unb.br](mailto:albocca@unb.br).

## **Andrea Schettino Tavares**

Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: [andreaschettino9@gmail.com](mailto:andreaschettino9@gmail.com).

## **Bento Saloio Daniel Mazuze**

Mestre em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (Moçambique). Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Eduardo Mondlane. E-mail: [loymz@yahoo.com.br](mailto:loymz@yahoo.com.br).

**Carla Sabrina Xavier Antloga**

Doutora em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: antlogacarla@gmail.com

**Carlos Alexandre Araújo Benício da Costa e Silva**

Doutorando do Programa de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: carlospsicologia@hotmail.com.

**Cássio Bravin Setubal**

Especialista em Educação e Promoção da Saúde pela Universidade de Brasília (NESPROM/UnB), Psicólogo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/GDF). E-mail: cassioetubal@yahoo.com.br.

**Clarissa Vaz Dias**

Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade de Brasília (UnB). E-mail: cvazdias@gmail.com.

**Claudia Rodrigues Pádua Salgado Beato**

Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: claudia.beato1@gmail.com.

**Clecius Rafael Santos Fernandes**

Mestrando do Programa de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: clecius.fernandes@gmail.com.

**Daniela Scheinkman Chatelard**

Doutora em Filosofia pela Université de Paris VIII. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: dchatelard@gmail.com.

**Deise Matos do Amparo**

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: deise.amparo.matos@gmail.com.

**Denise Lima Moreira**

Mestra em Psicologia pelo UniCEUB. Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: denisecrp@hotmail.com.

**Denise Ruschel Bandeira**

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: deniserbandeira@gmail.com.

**Elaine Rabelo Neiva**

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora Associada do Departamento de Administração e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações da Universidade de Brasília. E-mail: elaine.neiva@gmail.com.

**Eliana Rigotto Lazzarini**

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: elianalazzarini@gmail.com.

**Eliane Maria Fleury Seidl**

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: seidl@unb.br.

**Elizabeth Queiroz**

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: bethqueiroz@unb.br.

**Fabio Iglesias**

Doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professor do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: iglesias@unb.br.

**Felipe Diniz Marques**

Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília, Professor de Psicologia na Universidade Paulista de Brasília.

E-mail: felipedinizmarques@gmail.com.

**Felipe Valentini**

Doutor em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações pela Universidade de Brasília. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco.

E-mail: valentini.felipe@gmail.com.

**Flávia Mazitelli de Oliveira**

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Professora Adjunta da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília.

E-mail: flaviamazitelli@gmail.com.

**Gláucia Ribeiro Starling Diniz**

Doutora in in Marriage and Family Therapy pela United States International University, Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: glauciadiniz13@gmail.com.

**Graziela Sousa Nogueira**

Doutora em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília. Psicóloga da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. E-mail: grazysousa@yahoo.com.br.

**Iara Flor Richwin**

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília e pela *Université Paris Diderot*. Psicóloga do sistema socioeducativo do Distrito Federal. E-mail: iararaflor@gmail.com.

**Ileno Izídio da Costa**

Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília e University of Warwick. Professor do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: ilenoc@gmail.com.

**Isabela Machado da Silva**

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: isabela.ms@gmail.com.

**Jackeliny Suzan Vihadelli**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: jackvinhadelli@gmail.com.

**Jacqueline Reis Demes**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Supervisora do Posto de Serviço Psicossocial da Vara de Execuções das Penas em Regime Aberto do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. E-mail: demes78@gmail.com.

**Jean-Michel Vivès**

Doutor em Psicologia pela Université de Montpellier III. Professor na Université Côte d'Azur. E-mail: jeanmichelvives@gmail.com.

**Joaquim Mário Selemene**

Mestre em saúde pública pela Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane. Servidor do Ministério da Saúde de Moçambique. E-mail: selemanejm@gmail.com.

**Jonas Carvalho e Silva**

Doutor em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. E-mail: carvalho707@gmail.com.

**Jorge Ponciano Ribeiro**

Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Salesiana de Roma/Itália. Professor Titular Emérito do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: jorgeponcianoribeiro@yahoo.com.br.

**José Carlos da Silva Santiago**

Doutor em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. E-mail: jcsantiago1n@gmail.com.



**Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke**

Doutora em Ciências Familiares e Sexológicas pela Universidade Católica de Louvain (Bélgica). Professora Emérita do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: psibucher@gmail.com.

**Juliana Fákir Naves**

Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Psicóloga da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. E-mail: juliananaves@hotmail.com.

**Juliana Falcão Barbosa de Araújo**

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Psicóloga e psicanalista. E-mail: juliana.falcao@gmail.com.

**Juliany Gonçalves Guimarães**

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora do Curso de Psicologia da PUC Goiás. E-mail: juliany.psi@pucgoias.edu.br.

**Katia Tarouquella Brasil**

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: ktarouquella@gmail.com.

**Katsumi Taís Takaki**

Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. E-mail: takaki.katsumi@gmail.com.

**Kíssila Teixeira Mendes**

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: kissilamm@hotmail.com.

**Larissa Polejack Brambatti**

Doutora em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília, Mestre em Psicologia Clínica, Especialista em Psicodrama pela Associação Brasileira de Psicologia e Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília, Professora Associada II do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (IP/UnB). E-mail: larissapolejack@unb.br

**Laydiane Jales da Silva**

Mestranda em Educação pela Universidade de Brasília. Técnico Administrativo do Decanato de Pós-Graduação da Universidade de Brasília.

E-mail: ljales@unb.br.

**Liana Fortunato Costa**

Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Professora Emérita do Departamento de Psicologia Clínica e Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: lianaf@terra.com.br

**Ligia Maria Cantarino da Costa**

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Professora Adjunto II do Curso de Medicina Veterinária da Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária da Universidade de Brasília. E-mail: ligiacantarino@unb.br.

**Liliany Silva Souza**

Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília.

E-mail: lilianysilvasouza@gmail.com.

**Luciana da Silva Santos**

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília. E-mail: lucianasantospsi@gmail.com

**Luiz Augusto Monnerat Celes**

Doutor em Psicologia pela PUC-Rio. Professor Titular Aposentado do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: lamceles@gmail.com.

**Luiz Felipe Castelo Branco da Silva**

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. E-mail: luizfcbs@yahoo.com.br.

**Marcelo Tavares**

Doutor em Psicologia Clínica pela Alliant International University (antes United States Interenational University). Professor do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília. E-mail: mtavares@unb.br.

**Márcia Cristina Maesso**

Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: maessomc@gmail.com.

**Maria Hosana Conceição**

Doutora em Química pela Universidade de Brasília. Professora Associado II do Curso de Farmácia da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília e do Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação -PROFNIT/UnB. E-mail: hosanac@unb.br.

**Maria Inês Gandolfo Conceição**

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora Titular do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: inesgandolfo@gmail.com.

**Maurício da Silva Neubern**

Doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: mauricio.neubern@gmail.com.

**Neulabihan Mesquita e Silva Montenegro**

Especialista em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar pela Universidade de Brasília. Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: nepsicol@yahoo.com.br.

**Pedro Henrique Antunes da Costa**

Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Professor do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: phantunes.costa@gmail.com.

**Priscila de Oliveira Parada**

Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Analista Judiciário no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios.

E-mail: parada.priscila@gmail.com.

**Rafaela Brandão Alves**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: brandaoalvespsi@gmail.com.

**Renato Bastos João**

Doutor em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Professor Adjunto da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília.

E-mail: renatobastosj@gmail.com.

**Sérgio Eduardo Silva de Oliveira**

Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: sergioeduardos.oliveira@gmail.com.

**Sheila Giardini Murta**

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: giardini@unb.br.

**Silvia Renata Lordello**

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: srmlordello@gmail.com.

**Tainah Maria Santos**

Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília.

E-mail: tainah.m.santos@gmail.com.

**Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo**

Doutora em Psicologia pela *Université de Paris X-Nanterre*. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: araujotc@pq.cnpq.br.

**Terezinha de Camargo Viana**

Doutora em Sociologia pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: [tcviana@unb.br](mailto:tcviana@unb.br).

**Valeska Zanello**

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

E-mail: [valeskazanello@uol.com.br](mailto:valeskazanello@uol.com.br).

**Victor de Jesus Santos Costa**

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. E-mail: [victor.jsc@gmail.com](mailto:victor.jsc@gmail.com).



#### SOBRE O LIVRO

Tiragem: Não comercializado

Formato: 16 x 23 cm

Mancha: 12,3 X 19,3 cm

Tipologia: Times New Roman 11,5/12/16/18

Arial 7,5/8/9

Papel: Pólen 80 g (miolo)

Royal Supremo 250 g (capa)